DES ALTÉRATIONS

QUE SUBIT LE FŒTUS APRÈS SA MORT

DANS LA CAVITÉ UTÉRINE

ET DE LEUR VALEUR MÉDICO-LÉGALE

DU MÊME AUTEUR

De la cautérisation sulfurique et de son application au traitement des névralgies. — In-8°, Bordeaux, 1861.

Du traitement des varices et des ulcères variqueux par les injections du perchlorure de fer dans les veines. — In-8°, Bordeaux, 1862.

Compte-Rendu des faits observés à la Clinique d'accouchements de l'École de Médecine de Bordeaux, du 1er janvier 1859 au 30 juin 1863. — In-8°, Bordeaux, 1864.

Des écoulements purulents du conduit auditif et de la phlébite consécutive des sinus méningiens; Mémoire couronné (Médaille d'argent) par la Faculté de Médecine de Paris. — In-4°, Paris, 1865.

DES
ALTÉRATIONS QUE SUBIT LE FŒTUS
APRÈS SA MORT
DANS LA CAVITÉ UTÉRINE
ET DE LEUR VALEUR MÉDICO-LÉGALE

PAR

LE Dr LOUIS SENTEX

Chirurgien Chef-Interne de l'hôpital Saint-André, Lauréat de la Faculté (médaille d'argent)
et de l'Académie de Médecine de Paris,
Ancien Chef des Travaux anatomiques et Lauréat de l'École de Médecine de Bordeaux;
Associé national de la Société d'Anthropologie, Correspondant de la Société anatomique de Paris;
Membre de la Société médico-chirurgicale des Hôpitaux,
de la Société médicale d'Émulation, et de la Société des Sciences physiques
et naturelles de Bordeaux.

Mémoire couronné par l'Académie Impériale de Médecine de Paris
(Prix Capuron, 1867)

PARIS
ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE-ÉDITEUR
PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1868

DES ALTÉRATIONS

QUE SUBIT LE FŒTUS APRÈS SA MORT

DANS LA CAVITÉ UTÉRINE

ET DE LEUR VALEUR MÉDICO-LÉGALE.

> « Je sais que la vérité est dans les choses
> » et non pas dans mon esprit, qui les juge, et
> » que moins je mets du mien dans les juge-
> » ments que j'en porte, plus je suis sûr d'ap-
> » procher de la vérité. »
>
> J.-J. ROUSSEAU.

INTRODUCTION.

La description des altérations que subissent dans la cavité utérine les fœtus morts pendant le cours de la grossesse, a été faite, d'une manière générale, par tous les auteurs de médecine légale. Malheureusement, dans ces ouvrages spéciaux, on ne s'est pas assez appesanti sur les divers degrés de ces altérations, et, s'il est facile, avec les connaissances que nous possédons actuellement, d'affirmer qu'un enfant était mort depuis plusieurs jours dans le sein de sa mère, il est très difficile de dire, d'une manière certaine, à quelle époque remonte la mort intra-utérine.

Il existe donc dans la science un *desideratum* assez important : j'ai fait tous mes efforts pour chercher à le combler. L'observation seule pouvant fournir quelques lumières, je me suis efforcé de recueillir par moi-même le plus de faits qu'il m'a été possible; et comme ce sujet n'a encore été

traité, à ce point de vue spécial, par aucun auteur, j'ai fait en sorte de baser toutes mes conclusions sur des observations et des expérimentations personnelles.

Ce n'est pas à dire, toutefois, que nous ne trouvions, dans les divers Traités d'accouchements ou de médecine légale, de nombreuses observations concernant les altérations que subit le fœtus après sa mort dans le sein maternel; tout ce qui touche, en effet, de loin ou de près à la grande fonction qui a pour but la reproduction de l'espèce, a été pour les médecins de toutes les époques un légitime sujet de curiosité.

Malheureusement, l'esprit avec lequel leurs observations sont interprétées, le merveilleux qui vient se mêler aux descriptions plus ou moins fantaisistes des auteurs anciens, ne permettent guère de faire entrer en ligne de compte les travaux qu'ils nous ont laissés.

J'ai donc surtout cherché à voir par moi-même, et j'ai divisé ce travail en quatre parties.

La première sera consacrée à l'étude rapide des causes de la mort du fœtus avant l'accouchement, et des signes qui accompagnent la présence d'un fœtus mort dans la cavité utérine.

J'étudierai successivement ensuite : 1° les altérations que subissent les fœtus après leur mort dans l'utérus; 2° les altérations que subissent dans l'eau les fœtus morts pendant le travail; 3° les altérations que subit le cordon ombilical dans diverses conditions et dans divers milieux.

Le détail des faits tient, dans ce Mémoire, une très grande place, parce que je n'ai voulu rien avancer qui ne fût confirmé par des observations.

Je remplis un bien agréable devoir en remerciant M. Rousset, Professeur d'accouchements à l'École de Médecine, de l'empressement avec lequel il a mis son service de femmes

en couches à ma disposition. J'ai pu ainsi mener à bonne fin ce travail, pour l'exécution duquel il fallait être placé dans des conditions toutes spéciales.

CHAPITRE Ier.

Des causes et des signes de la mort du fœtus dans la cavité utérine.

§ Ier.

DES CAUSES DE LA MORT DU FŒTUS AVANT L'ACCOUCHEMENT.

Des causes nombreuses et variées peuvent amener la mort du fœtus à toutes les époques de la gestation. Ces causes forment, selon moi, cinq groupes principaux :

1° Causes inhérentes à l'organisation du fœtus;

2° Causes dépendantes des lésions des annexes;

3° Causes provenant des parents;

4° Causes spéciales comprenant les divers moyens employés pour amener l'avortement;

5° Causes qu'on peut appeler obstétricales, qui résultent de l'emploi des opérations tocologiques et des mutilations que l'accoucheur fait subir volontairement au fœtus dans l'intérêt de la mère.

D'une part, en effet, le fœtus est sujet, comme l'adulte, à des affections qui lui sont propres; il a, en un mot, une pathologie interne et une pathologie externe.

D'un autre côté, les lésions des annexes et surtout du placenta, lui sont souvent funestes, puisque c'est là que, jusqu'à ce qu'il constitue un organisme à part et qu'il vive de ses propres forces, c'est là qu'il vient, pour ainsi dire, puiser sa vie.

En troisième lieu, l'enfant tient à sa mère par des relations sympathiques si évidentes et si étroites, que tous les troubles graves éprouvés par l'organisme maternel réagissent vivement sur son organisation, l'ébranlent plus ou moins fortement, et souvent l'anéantissent.

Le père lui-même a une influence évidente sur le développement du fœtus, et c'est lui qui cause la mort dans certains cas. On ne saurait nier, en effet, qu'un ovule étant fécondé par un sperme vicié dans sa nature d'une façon quelconque, ne puisse en recevoir qu'une aptitude à un développement incomplet, et qu'arrivé à une certaine époque de son évolution, le produit de la conception ne cesse de vivre, sans autre motif que l'impuissance à subir une formation plus parfaite ([1]).

Enfin, les deux derniers groupes de causes que j'ai établis ont une action si évidente et si sensible, que je ne crois pas même devoir insister davantage, et que je considère comme suffisant de les signaler. Dans tout ce qui va suivre, d'ailleurs, j'aurai surtout à m'occuper des enfants qui succombent dans l'utérus, à une époque plus ou moins avancée de la gestation, sous l'influence d'une des causes des trois premiers groupes.

Je négligerai complètement l'étude des altérations que subissent les fœtus dans les cas de grossesses extra-utérines.

Ce Mémoire a en effet surtout pour but de répondre à la question suivante, posée comme sujet du Prix Capuron par l'Académie de Médecine de Paris : — *Faire connaître les altérations que subissent les enfants après leur mort dans la cavité utérine. — Indiquer, s'il est possible, par la nature de ces altérations, à quelle époque on peut faire remonter cette mort.*

([1]) Carus *(Neue Zeitschrift fur Geburtzkunde)*. — D'Outrepont (*Gazette médicale de Paris*, 1838, p. 808). — Notta (*Archives de Médecine*, 1860), etc.

§ II.

DES SIGNES QUI INDIQUENT LA PRÉSENCE D'UN FOETUS MORT DANS L'UTÉRUS.

Tous les auteurs qui ont étudié cette question se sont répétés d'une façon si évidente, qu'il suffirait, pour savoir ce qu'ils ont tous dit, de lire un seul d'entre eux. Hippocrate avait, d'ailleurs, si bien étudié les divers phénomènes qui suivent la mort du fœtus dans le sein de sa mère, qu'après lui on n'a, pour ainsi dire, que reproduit, en l'amplifiant plus ou moins, ce qu'il avait écrit [1].

Les phénomènes qui suivent la mort du fœtus dans le sein maternel sont de deux ordres, selon qu'ils intéressent l'enfant ou la mère; ceux qui intéressent l'enfant doivent faire l'objet principal de ce travail; quant à ceux qui intéressent la mère et qui constituent la dernière partie de cette étude préliminaire, on peut les diviser, avec M. Dubois, en *locaux* et en *généraux*.

Dans le cas de mort rapide, les mouvements actifs du fœtus cessent brusquement, après avoir été pendant quelques heures très violents, tumultueux, très pénibles pour la mère. Lorsque le fœtus meurt lentement, au contraire, lorsque la vie disparaît graduellement, la mère a la sensation parfaite d'une diminution très sensible dans la force des mouvements, qui se reproduisent, en outre, à des intervalles de plus en plus éloignés.

Cette disparition des mouvements actifs n'est pas toujours très facile à constater, et il existe à ce sujet deux causes d'erreurs.

Mauriceau établit une distinction entre les mouvements

[1]) Hippocrate; trad. Littré : t. V, p. 213; t. VIII, p. 71; p. 482, § IX. X, XI : *Ἢν δέ τινι ἐναποθάνῃ*, etc.

d'un fœtus vivant et les mouvements qui persistent après sa mort. Les premiers ont quelque chose de spécial; les seconds ne consistent qu'en des tressaillements ou mouvements convulsifs de la matrice, tenant à ce qu'elle est irritée par un fœtus mort, qui n'est plus alors qu'un véritable corps étranger.

Ces contractions, indolentes d'abord, rares et faibles, deviennent plus fréquentes et plus fortes jusqu'à ce que le produit soit expulsé. Ces contractions, qui ressemblent assez aux mouvements actifs de l'enfant et que les femmes confondent quelquefois avec ceux-ci, ont pour objet et pour effet de préparer les modifications que l'utérus doit subir pour l'expulsion du fœtus. Accidentellement, elles ont un autre effet : c'est de décoller en partie le placenta déjà ramolli; de là, ces petites pertes utérines qu'on remarque quelquefois chez les femmes qui portent des fœtus morts.

D'un autre côté, l'absence des mouvements actifs ne doit nécessairement pas faire conclure à la mort du fœtus, et, à ce sujet, Smellie [1] cite plusieurs observations, dans lesquelles les femmes n'ont perçu, pendant leur grossesse, aucun mouvement actif, et à la fin desquelles cependant elles ont accouché d'enfants vivants et bien portants.

L'abondance du liquide amniotique, la faiblesse du fœtus, la pléthore de la mère, sont autant de causes qui peuvent empêcher de sentir, pendant la grossesse, les mouvements actifs du fœtus.

La cessation de la circulation fœtale entraîne nécessairement la cessation des battements du cœur du fœtus; le souffle utérin persiste, mais les vaisseaux ne recevant plus que le sang nécessaire à la nutrition de ces parties se resserrent; quelques-uns d'entre eux s'oblitèrent même; ce qui

[1] Smellie; *Traité de la Théorie et Pratique des Accouchements*, trad. par Préville. Paris, 1771.

explique, d'après Moreau, l'absence d'hémorrhagies considérables, lorsque, dans ces cas, le placenta s'insère sur le col.

Stolz a signalé un bruissement qui ne s'observe qu'après la mort du fœtus, et qu'il attribue à la décomposition du liquide amniotique. En recherchant les signes fournis par l'auscultation, dit-il, j'ai remarqué chez plusieurs femmes qui portaient des enfants morts ce bruissement sourd et irrégulier, comme un bruit de fermentation que je n'ai confondu ni avec le bourdonnement que l'on entend en appliquant l'oreille sur un corps quelconque, ni avec le gargouillement ou le déplacement des intestins.

M. Stolz a cru pouvoir attribuer ce bruit à la décomposition des eaux de l'amnios et du fœtus. Le phénomène ne serait donc pas constant, car la décomposition n'a pas toujours lieu, et surtout au commencement. Le plus souvent, on ne trouve dans la matrice que le silence de la mort.

Ce bruit est, d'après Stolz, isochrone au pouls de la mère et varie par conséquent en fréquence comme celui-ci; il est exempt d'impulsion ou de choc, et paraît se passer dans des parties beaucoup plus sonores.

Cazeaux, qui a eu bien souvent l'occasion d'ausculter des femmes enceintes, dont les enfants avaient cessé de vivre depuis plusieurs jours, n'a jamais retrouvé ce bruit de fermentation, et moi-même, qui me suis attaché à le chercher chez les diverses femmes dont les Observations seront publiées dans le cours de ce travail, je n'ai jamais rien entendu de semblable au bruit signalé par le savant professeur de Strasbourg.

Le refroidissement de l'abdomen, chez les femmes qui portent dans l'utérus des enfants morts, et auquel Rhodion [1] accordait une grande importance, n'a été observé

[1] Rhodion; *De partu humano et quæ ipso circum accidunt*. Francfort, 1556.

après lui par aucun autre auteur, et nous devons considérer ce signe comme purement imaginaire.

L'affaissement du ventre mérite de nous arrêter bien davantage. Il est certain, en effet, que dès qu'un enfant vient à mourir dans l'utérus, le ventre s'affaisse au lieu de prendre plus de volume, et en même temps il est plus mou. Cet affaissement est surtout marqué, il est vrai, lorsque la mort de l'enfant survient près du terme de la grossesse; quand la mort arrive, au contraire, à une époque avancée de la gestation, le ventre cesse de croître, mais ne s'affaisse pas; de telle sorte qu'une femme enceinte de sept mois, par exemple, et qui porte dans son sein un enfant mort depuis soixante jours, peut offrir un développement du ventre semblable à celui d'une femme enceinte de cinq mois seulement.

Ce fait lui-même n'est pas la règle générale, et il peut arriver au contraire que le ventre continue à se développer, quoique l'enfant soit mort, de telle sorte que l'affaissement du ventre est pour le médecin un signe de peu de valeur, lorsqu'il existe seul.

Un symptôme plus concluant que le précédent consiste en un espèce de ballottement incommode, en une sensation d'un poids qui se déplace dans les différentes positions de la femme. Ce signe, auquel j'accorde pour ma part une très grande valeur, car, ainsi qu'on le verra plus tard, je l'ai observé très fréquemment, ce signe, dis-je, ne suffit cependant pas à lui seul pour décider de la vie ou de la mort de l'enfant; d'une part, en effet, cette sensation, qui ressemble à l'impulsion produite par les mouvements actifs du fœtus, trompe souvent les femmes, ce qui a fait dire à quelques-unes qu'on venait de débarrasser d'un enfant mort depuis longtemps, qu'elles l'avaient senti remuer peu de temps avant l'accouchement; d'autre part, les accoucheurs ont vu des

femmes qui se plaignaient de cette chute brusque d'un poids incommode sur le côté où elles se couchaient, et qui, néanmoins, ont accouché à terme d'enfants vivants et robustes (1).

Les signes généraux qu'éprouvent les femmes qui portent des enfants morts dans leur sein consistent dans la disparition des troubles sympathiques et des phénomènes physiologiques provoqués par la gestation, et dans l'apparition d'un certain nombre d'accidents.

La femme, éprouvant quelques-uns des phénomènes sympathiques de la grossesse, voit tout à coup ces phénomènes disparaître pour faire place à d'autres, qui sont la perte de son appétit, de sa gaieté, de sa fraîcheur; elle éprouve du dégoût, des nausées, un malaise général, des lassitudes spontanées, des frissons suivis de chaleur aux pieds et aux mains; l'haleine est fétide, les paupières sont livides, et les yeux se bordent d'un cercle noirâtre.

L'importance de ces signes est très contestable : beaucoup de femmes, en effet, n'éprouvent rien de semblable, et chez d'autres on a vu ces accidents se manifester alors qu'elles portaient dans leur sein des enfants vivants. Désormeaux en cite des exemples remarquables (2); il s'agit d'une femme enceinte de deux mois, qui éprouva tout à coup, et sans cause connue, des rapports nidoreux et un malaise général; l'haleine était fétide, les mamelles et le bas-ventre étaient affaissés, et il s'écoulait par le vagin une sérosité brunâtre et putride. Cependant cette femme accoucha à huit mois et demi d'un fœtus vivant de ce terme.

Baudelocque (3) a vu la pâleur du visage, l'enfoncement

(1) Me Lachapelle, *Mémoires*, t. III. — Baudelocque, *Accouchements*, t. II, p. 387.

(2) *Dictionn. de Médecine*, t. III, p. 185.

(3) Baudelocque, *Accouchements*, tit. II, p. 387.

des yeux, le cercle noirâtre des paupières, la mauvaise odeur de l'haleine, des bâillements fréquents, des maux de tête, des tintements d'oreilles, des nausées, des vomissements, des syncopes, des lassitudes spontanées, et une fièvre lente se manifester à la suite d'une chute chez une femme enceinte de six mois. Cependant cette femme n'en accoucha pas moins à huit mois d'un enfant vivant.

Ces signes généraux, auxquels on peut joindre l'affaissement des seins qui survient quelquefois après la mort de l'enfant, n'ont pas par eux-mêmes une valeur décisive; mais joints aux signes locaux, ils aident puissamment au diagnostic, et à titre de commémoratifs, ils facilitent la détermination de l'époque de la mort du fœtus, qui doit cependant, me paraît-il, être faite surtout d'après les altérations qu'a subi le produit de la conception.

CHAPITRE II.

Des altérations que subissent les fœtus après leur mort dans la cavité utérine.

Lorsqu'un fœtus meurt dans le sein de sa mère, il peut survenir deux choses : ou bien il est expulsé au bout d'un temps très court, ou bien il séjourne dans l'utérus pendant un temps plus ou moins long.

La durée de ce séjour est très variable. La limite extrême dans les faits que j'ai observés est d'un mois et demi, mais il est incontestable que ce séjour peut être plus prolongé.

Dans des cas très rares, ce séjour peut se prolonger même pendant des années; mais ce ne sont là que des excep-

tions [1]. Dans ces conditions, le petit cadavre se saponifie, s'incruste de matières calcaires, acquiert une grande solidité, ou subit une transformation bien différente, comme dans le cas suivant rapporté par Béclard [2]; il s'agit d'un fœtus resté sept ans dans le sein de sa mère, et trouvé à l'autopsie de cette dernière. Ce fœtus, du sexe féminin, était à terme. Il était contenu dans une véritable poche intra-utérine, et transformé en une matière adipocireuse semblable au gras de cadavre.

Ces diverses altérations n'offrent aucune analogie avec celles qui doivent être étudiées dans ce Mémoire. Ce sont là des faits curieux qu'il faut connaître et recueillir; mais comme la science médico-légale doit s'occuper surtout des faits usuels, je me contente de signaler les exceptions, et je passe immédiatement à la description des faits que j'ai observés. Les conclusions qui en découlent seront exposées plus loin.

Obs. I. — *Avortement à six mois et demi. — Enfant mort* (in utero) *depuis environ deux jours. — Altérations observées. — Nécropsie.*

Antoinette V....., âgée de vingt-quatre ans, domestique, née à Beaumont (Corrèze), est enceinte pour la première fois. Sa dernière menstruation a eu lieu le 24 avril 1866. Sa grossesse a été très heureuse, et elle n'a pas été malade.

Cette fille entre à la Clinique d'accouchements le 16 novembre 1866, à six heures du soir. Elle raconte que depuis la veille au matin, elle n'a plus du tout senti remuer son enfant; la diminution dans la force des mouvements actifs qui s'était manifestée depuis quelques jours lui avait fait présumer que son enfant était malade.

(1) Merrimann; *Dublin Quartely, journal of medical Sciences,* 1855.
(2) *Archives de Médecine,* 1824, t. V, p. 147.

Cette fille accoucha le 16 novembre, à huit heures du soir, après un travail qui n'offrit rien de particulier.

Le placenta pèse 450 grammes, et n'offre aucune altération de texture.

Le cordon blanc, non visqueux, ayant conservé son aspect tordu, est assez grêle dans toute son étendue, sauf près de son extrémité ombilicale, où il est plus épais et où existe une infiltration sanguinolente très limitée. La veine ombilicale est remplie dans presque toute la longueur du cordon par un caillot noir qui devient de plus en plus consistant au fur et à mesure qu'on s'approche de l'ombilic.

Le fœtus, du sexe masculin, pèse 1,820 grammes. Il mesure 41 centimètres du synciput au talon et 23 du synciput à l'ombilic.

Coloration rosée générale, beaucoup plus foncée à la face. La sage-femme me fait remarquer que le cordon ombilical comprimait assez fortement le cou.

Le ventre présente l'aspect tout spécial aux ventres ascitiques.

L'épiderme est partout très adhérent, et ce n'est que par des frictions assez énergiques et répétées qu'on parvient à en enlever des lambeaux.

Pas d'épanchement sous le cuir chevelu. Le périoste des os du crâne est très adhérent.

Le cerveau a la mollesse habituelle aux cerveaux des fœtus de cet âge. Les membranes sont très fortement congestionnées. Pas de sérosité dans la boîte crânienne.

Les yeux sont ternes; les humeurs ne sont nullement sanguinolentes.

Le thymus et le cœur n'offrent rien de spécial. Ce dernier viscère est assez dur, et renferme quelques caillots mous, très noirs.

Les poumons représentent le type parfait de l'*état fœtal, ou atélectasie.*

En ouvrant l'abdomen, je constate qu'il existe des traces d'une péritonite manifeste (aspect lavé du péritoine, arborisations, fausses membranes entre les anses intestinales, etc., etc.).

Le foie pèse 200 grammes. Le péritoine est très adhérent à sa surface; le viscère a sa coloration normale ; il est consistant.

La rate mesure 6 centimètres de long et pèse 40 grammes. Son volume est exagéré, mais il n'existe aucune autre altération.

Les intestins, à part la lésion de la membrane séreuse déjà signalée, n'offrent rien de spécial, pas plus que la vessie.

Les bourses sont déjà le siége d'une infiltration sanguinolente très manifeste.

Obs. II. — *Accouchement à huit mois. — Mort de l'enfant* (in utero) *datant de deux ou trois jours environ. — Nécropsie.*

La nommée G........ (Marie), âgée de vingt-cinq ans, célibataire, couturière, entre à la Clinique d'accouchements (n° 6) le 11 septembre 1866.

Cette fille a déjà eu une première grossesse il y a trois ans ; elle avorta à six mois environ : l'enfant était mort depuis plusieurs jours.

La marche de la seconde grossesse, dont elle rapporte le début à la fin de janvier, a été très régulière jusqu'à hier matin (10 septembre). En se réveillant, la malade sentit un poids inaccoutumé dans son ventre ; l'enfant ne remuait plus, et elle remarqua que son ventre *tombait de côté et d'autre selon la position qu'elle prenait* (sic).

Le 11 septembre, dans la matinée, quelques douleurs qui allèrent en augmentant, au point que le même jour, vers cinq heures du soir, Marie G........ accouchait d'un enfant mort qui s'était présenté par le siége. L'accouchement et la délivrance furent faciles.

L'enfant, du sexe féminin, très maigre, m'est apporté le 12 septembre, à dix heures du matin. Il pèse 1,200 grammes et mesure 37 centimètres de longueur et 19 du synciput à l'ombilic.

Le cordon a été coupé ras de l'anneau ombilical, et ne m'a pas été présenté, pas plus que le placenta.

L'épiderme se détache facilement à la face dorsale des mains et des pieds. Il est parfaitement adhérent sur tout le reste du corps.

Le cuir chevelu, le front et les joues sont, ainsi que la région antérieure du cou, le siége d'une très légère coloration rosée. Cette coloration se retrouve encore sur les faces externes des membres supérieurs, et internes des membres inférieurs. Sur tout le reste de la surface du corps, coloration normale de la peau, excepté cependant sur les parties des pieds et des mains, où l'épiderme s'enlève. Le tissu cellulaire sous-cutané n'est, en aucun point, le siége d'une induration sclérémateuse quelconque.

En enlevant le cuir chevelu, on constate sur sa face profonde et sur la partie correspondante des os crâniens une coloration gelée de groseille claire, très marquée. Il n'y avait cependant pas d'épanchement sanguin.

Les os du crâne n'ont aucune mobilité. Le cerveau est mou, mais il conserve cependant sa forme quand on ouvre la boîte osseuse. Il faut, par exemple, de très grandes précautions, vu sa mollesse, pour le déposer sur la table sans le déchirer.

Les humeurs de l'œil ne sont pas colorées en rouge.

La langue a son volume normal.

Le thymus paraît sain, non altéré.

Les plèvres et le péricarde ne contiennent pas de sérosité sanguinolente.

Les poumons sont ceux d'un enfant qui n'a pas respiré, mais ils n'offrent aucune altération appréciable.

Le foie est très foncé; sa coloration diffère de la coloration du foie de la plupart des fœtus de cet âge, en ce qu'elle est plus foncée. A sa surface, je trouve en deux points de sa face convexe les lésions que M. Gubler a décrites comme spéciales à la syphilis du fœtus. Sa consistance est peut-être un peu moindre qu'à l'état normal.

L'estomac n'offre rien d'anormal à l'extérieur; l'intestin grêle, ferme, résistant, a une coloration rosée très marquée. Il contient dans son intérieur, ainsi que l'estomac, une assez grande quantité d'un liquide rougeâtre, sirupeux. La fin de l'intestin grêle et le gros intestin sont remplis de méconium.

La vessie est complètement vide et sans altérations.

Les reins et la rate sont parfaitement normaux et non altérés.

Obs. III. — *Avortement à six mois.* — *Enfant mort* (in utero) *depuis quatre ou cinq jours.* — *Altérations observées.* — *Nécropsie.*

Julia C....., âgée de seize ans, née à Créon (Gironde), entre à la Clinique d'accouchements le 25 novembre 1866, vers cinq heures du soir.

Cette fille, enceinte de six mois environ, a eu, pendant le cours de cette première grossesse, des accidents syphilitiques, pour lesquels elle a été soignée dans un hôpital spécial, où elle est restée trois semaines.

Depuis une quinzaine de jours, elle a remarqué que ses seins s'affaissaient peu à peu, et que les mouvements actifs du fœtus qu'elle portait dans son sein allaient en s'affaiblissant. Ils ont enfin complètement disparu depuis le 21 novembre.

Les douleurs ont commencé à se faire ressentir le 25 novembre, vers midi, et l'accouchement s'est facilement et heureusement terminé le 26, à cinq heures du matin.

Enfant du sexe féminin, mesurant 38 centimètres du sinciput au talon, et 21 du sinciput à l'ombilic.

Le placenta n'offre à signaler qu'une décoloration notable du centre de sa masse. Les membranes adhèrent assez fortement à sa face fœtale.

Le cordon a perdu son apparence tordue. Il est lisse, non gluant, un peu augmenté de volume. On retrouve cette singulière configuration, qui consiste dans une diminution très notable du calibre au niveau de l'insertion ombilicale, et dans une augmentation brusque sur une étendue de 3 centimètres. Cette portion, plus volumineuse, est le siége d'une infiltration assez considérable de sérosité sanguinolente. Partout ailleurs, le cordon offre une coloration qu'il est difficile de désigner par un mot, et qu'on peut dire, à défaut d'autre expression, ardoisée, tendant vers le rose. C'est là un degré intermédiaire.

Le petit cadavre n'est pas trop affaissé sur lui-même.

Il est rosé sur toute la surface du corps, plus cependant sur l'abdomen, autour du cordon ombilical et aux extrémités, que partout ailleurs.

L'épiderme s'enlève d'autant plus facilement, que les parties correspondantes sont plus colorées. Pas de teinte ardoisée, en aucun point, si ce n'est autour du cordon.

Léger épanchement de sérosité sanguinolente, liquide sous le cuir chevelu. Le périoste des os du crâne s'enlève très facilement.

Les yeux offrent une teinte rosée très marquée. En les ouvrant, je m'aperçois que la teinte est donnée par la cornée seule, qui est très franchement colorée en rose. Les humeurs sont incolores.

Le cerveau, quoique un peu mou, conserve cependant sa forme, et ne s'étale pas en bouillie quand on le place avec précaution sur une table.

Pas de sérosité sanguinolente dans la cavité crânienne.

Les trois cavités séreuses (plèvre, péricarde et péritoine) contiennent une très notable quantité de sérosité sanguinolente; mais les parois du thorax et de l'abdomen ne sont le siége d'aucune infiltration.

Le thymus n'offre rien à signaler.

Les poumons offrent l'atélectasie la plus parfaite.

Le cœur est mou, un peu violet.

Le foie, très volumineux, un peu mou, est d'une coloration brou de noix claire, tant à sa superficie qu'au centre.

L'intestin grêle, très peu développé, ne contient rien dans son intérieur. Assez grande quantité de méconium dans le gros intestin.

Les reins et la vessie n'offrent rien à signaler de spécial.

Obs. IV. — *Grossesse gémellaire. — Mort des enfants* (in utero). *Altérations observées. — Nécropsies.*

G..... (Marie), âgée de vingt-six ans, domestique, célibataire, est née à Orthez (Basses-Pyrénées). Cette fille, d'une faible constitution, a été réglée à quinze ans.

Elle a eu une première grossesse en 1858 : l'accouchement fut facile, et l'enfant du sexe féminin, qui naquit alors, est encore aujourd'hui très bien portant.

La deuxième grossesse date des premiers jours du mois

d'avril 1865, époque à laquelle la malade a été réglée pour la dernière fois.

La marche de cette grossesse a été parfaitement régulière, et la malade ne demande son admission à l'hôpital que pour échapper à l'affreuse misère dans laquelle elle se trouve.

Le 14 janvier 1866, cette fille, qui était toujours restée très pâle et très fatiguée, fut prise, en s'éveillant, d'envies de vomir; elle eut plus tard, dans le courant de la journée, quelques vomissements, et elle fut frappée de deux circonstances : 1° de ne plus sentir du tout remuer son enfant (jusque-là les mouvements actifs du fœtus avaient été très prononcés) ; 2° de ce que son ventre, habituellement ferme et proéminent, « *allait de côté et d'autre* (sic). »

Elle ressentait, en outre, un poids beaucoup plus incommode dans le ventre, et elle éprouvait un malaise tel qu'elle fut obligée de garder le lit à partir de ce moment-là.

Le mercredi 17 janvier, à dix heures du matin, Marie G.... éprouva les premières douleurs, et fut immédiatement dirigée sur la clinique d'accouchements.

Le travail s'établit complètement ce même jour, vers cinq heures de l'après-midi, et l'accouchement eut lieu le lendemain 18 janvier 1866, à cinq heures du matin, sans accidents.

La sage-femme qui assista à l'accouchement fut frappée de *l'aspect trouble* et de la *couleur verdâtre* des eaux. Elle pensa que l'enfant se présentait par le siége; mais le toucher lui fit bientôt reconnaître son erreur, et elle affirme que les deux enfants qui sont nés de cette femme sont venus par le sommet.

Les deux enfants étaient morts-nés. La mort était tellement évidente, que la sage-femme n'a même pas jugé nécessaire de lier les cordons.

La délivrance s'est faite d'une manière très naturelle quelques instants après l'accouchement.

Le placenta a été enlevé avant que j'aie pu l'examiner.

Nécropsies des deux enfants.

Première nécropsie, le 18 janvier, à une heure de l'après-midi, c'est à dire huit heures environ après l'accouchement. Température : 4°C.

Enfant né le second :

Poids		2,450 gr.
Sexe		masculin.
Conformation		bonne.
Longueur	de tout le corps	0,50 centim.
	du syncipat à l'ombilic	0,24 —

Teinte rosée de tout le front; à ce niveau l'épiderme, qui n'est cependant nullement soulevé par de la sérosité, s'enlève facilement.

Lèvres humides, très violacées, épithélium très adhérent.

Toute la région hyoïdienne a une coloration rosée, moins marquée que celle du front, mais cependant bien différente de la coloration d'un blanc mat de tout le reste de la peau.

En aucun point l'épiderme n'est soulevé par de la sérosité; il s'enlève par le pincement, mais moins facilement toutefois que sur le front et que sur la région antérieure du cou.

Sur chacun des côtés du cordon, et dans une largeur de un centimètre et demi environ, coloration rosée de la peau, plus marquée et plus diffuse à droite, presque linéaire à gauche.

A ce niveau, l'épithélium se détache avec facilité par le simple frottement. La coloration rosée du derme est beaucoup plus marquée en ce point que sur les autres déjà signalés, et l'aspect pointillé est beaucoup plus manifeste.

Les mêmes altérations de la peau se retrouvent, au même degré, sur les points suivants : faces internes des cuisses et externes des jambes. Rien aux pieds, ni sur la face postérieure du tronc et des membres.

Sur le scrotum, au contraire, ces altérations sont beaucoup plus marquées. A son niveau, en effet, la coloration rosée est plus vive, l'épiderme s'enlève beaucoup plus facilement, même au niveau du raphé. Il existe au dessous de lui un peu de liquide. Une fois l'épiderme enlevé, la coloration est encore beaucoup plus vive; on dirait une masse de gelée de groseille. Il existe une véritable hydrocèle par infiltration.

Cordon. — Le cordon est mou, humide, d'un vert assez foncé, aplati, sans apparence de torsion. Les veines sont très apparentes; elles contiennent un sang noir et fluide; l'artère est complètement vide. Le cordon tient très solidement.

La tête est résistante; pas de chevauchement des os les uns sur les autres.

Pas d'épanchement de sang ou de sérosité sanguinolente sous le cuir chevelu; dans l'intérieur du crâne, au contraire, entre les deux feuillets de l'arachnoïde, cette sérosité sanguinolente existe en quantité assez notable.

Le cerveau est très mou, mais parfaitement blanc.

Les yeux sont assez mous; ils ont perdu presque toute translucidité d'avant en arrière, mais les humeurs ont conservé leur coloration naturelle, et n'offrent nullement de teinte rosée.

Poitrine. — Le diaphragme est fortement voûté en haut, non aplati.

Les poumons ne recouvrent pas le péricarde : le gauche est, au contraire, en grande partie caché par le cœur. D'un violet foncé, les poumons durs et denses plongent vivement au fond de l'eau.

Le thymus est dur, granuleux, d'aspect normal.

Le cœur est assez volumineux, d'une coloration violacée, sans altérations apparentes. Le trou de Botal est en partie oblitéré par une membrane mince et translucide, excepté dans un petit point de sa partie supéro-interne, où existe encore un orifice peu volumineux.

Le foie pèse 135 grammes. Coloration rosée de sa face supérieure; coloration livide de sa face inférieure. Il est un peu plus mou qu'à l'état normal.

L'estomac contient une pleine cuillerée à café d'un liquide jaunâtre, sirupeux, qui, examiné au microscope, ne laisse apercevoir que des globules de mucus.

L'intestin grêle est vide et d'un blanc mat, sans altérations apparentes.

Le gros intestin est distendu par une assez grande quantité de méconium.

Seconde nécropsie, le 18 janvier, à quatre heures de l'après-midi, onze heures après la naissance. Température : 5°.

Enfant né le premier :

Sexe		masculin.
Poids		2,700 gr.
Longueur	totale	0,50 centim.
	du syncipût à l'ombilic	0,24 —
Longueur du cordon		0,70 —

Teinte rosée, foncée de tout le front, du nez et des joues ; au niveau de ces points, l'épiderme s'enlève facilement, bien qu'il ne soit nullement soulevé par de la sérosité.

Lèvres plus manifestement violacées que sur le premier enfant, d'un rouge vineux foncé. L'épithélium est cependant très adhérent à leur niveau.

La coloration rosée de la peau est encore très marquée sur les régions sus et sous-hyoïdiennes, et à la nuque ; elle est plus étendue sur ce second enfant que sur le précédent.

Coloration rose foncée de la peau du ventre dans une étendue circulaire, qui, ayant le cordon pour centre, mesurerait deux centimètres et demi de rayon. A ce niveau, l'épithélium se détache beaucoup plus facilement qu'en aucun des autres points déjà signalés.

Le cordon est aussi flasque, aussi mou, aussi aplati que sur le précédent enfant ; sa coloration verte est plus marquée ; il tient encore très fort à l'insertion ombilicale.

La tête est plus molle que celle du premier enfant ; il existe un chevauchement assez marqué des os.

Cerveau très mou, presque diffluent, se désagrégeant avec facilité sous un mince filet d'eau.

L'œil a perdu la translucidité d'avant en arrière qu'il a chez un enfant mort depuis peu de temps ; mais en l'ouvrant, on constate cependant que les humeurs ne sont pas encore sanguinolentes.

Poitrine. — Le thorax est aplati, le diaphragme fortement voûté en haut.

Les poumons et le cœur sont dans le même état que ceux du premier enfant ; mais on trouve, ce qui n'existait pas chez

l'autre, une petite quantité de sérosité sanguinolente dans la plèvre et le péricarde.

Le thymus est peut-être un peu plus mou.

Le foie pèse 145 grammes; coloration livide sur ses deux faces et à ses deux extrémités. Son tissu est très mou et se déchire facilement; la coloration livide se retrouve aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur.

Les autres viscères abdominaux offrent tout à fait le même aspect que chez le premier enfant.

Obs. V. — *Avortement à cinq mois et demi environ. — Enfant mort-né ayant séjourné cinq ou six jours dans l'utérus après sa mort. — Nécropsie.*

B........ (Marie), âgée de vingt-quatre ans, domestique, célibataire, née à Guillan, est d'une bonne constitution et d'un tempérament lymphatique.

Elle a été réglée pour la première fois à treize ans, et a déjà eu deux grossesses : un premier accouchement a eu lieu le 20 juin 1863, un deuxième le 16 septembre 1864. Tous deux à terme ont donné naissance à des enfants qui sont morts à quinze jours et à cinq mois.

B....... entre à la Clinique d'accouchements le 4 juin 1866, et raconte que depuis cinq ou six jours, sans aucune cause appréciable, elle a cessé de sentir remuer son enfant. Il n'a pas existé d'autres signes de la mort du fœtus, sinon un peu de perte de l'appétit et d'assez fortes douleurs dans le ventre, toutes choses qui n'empêchèrent pas cette fille de vaquer à ses occupations jusqu'au moment de son entrée à la Clinique d'accouchements (n° 9), le 4 juin 1866, à sept heures du matin.

L'accouchement se fait le même jour, à onze heures du matin, et très rapidement; l'enfant s'est présenté par le siége : il était mort-né.

Nécropsie de l'enfant le 4 juin 1866, à cinq heures du soir. Température : 19°.

Le placenta est très fortement congestionné, surtout en un point : il n'existe cependant aucun foyer hémorrhagique.

Le cordon n'a pas été coupé, et relie encore l'enfant au placenta. Il mesure 36 centimètres de longueur. Toute trace de torsion a disparu dans sa continuité, et il offre la singulière disposition que voici : Au niveau de l'ombilic, et dans une longueur d'un demi centimètre environ, il est très mince quoique très adhérent, tandis que dans tout le reste de son étendue il est au moins trois fois plus volumineux. Il est luisant, dur, solide; sa coloration est violette; les vaisseaux se dessinent sous l'aspect de traînées plus foncées.

A la coupe, il est extrêmement dur et il crie sous le scalpel. La surface de section est humide et couleur gelée de groseille; on aperçoit à son niveau les vaisseaux renfermant d'un bout à l'autre des caillots solides; ceux des artères sont d'une couleur rouge vive, ceux de la veine presque noirs.

Le fœtus est du sexe féminin. Il pèse 600 grammes, et il mesure 33 centimètres du synciput au talon, et 18 du synciput à l'ombilic.

En aucun point l'épiderme n'est soulevé par de la sérosité, mais partout il s'enlève au moindre frottement. Aux pieds et aux mains il offre l'aspect d'un épiderme sur lequel ont été appliqués pendant longtemps des cataplasmes.

Coloration rosée très légère des membres, un peu plus foncée de la face; très foncée du cuir chevelu, de la nuque et du dos; noirâtre, comme ardoisée, du ventre de la base du thorax, et de la partie antérieure du cou.

Sous le cuir chevelu, épanchement d'une matière demi-solide tremblottante, gelée de groseille.

Le cerveau est très mou, mais il conserve cependant sa forme. Il existe une assez grande quantité de sérosité sanguinolente dans la cavité arachnoïdienne.

L'œil paraît rosé à l'extérieur. En l'ouvrant, il s'échappe un cristallin incolore et translucide, mais les autres humeurs de l'œil sont assez fortement colorées; leur coloration rappelle assez exactement celle de la sérosité épanchée sous le cuir chevelu.

La langue n'a pas augmenté de volume.

Il existe une infiltration séro-sanguinolente des parois du thorax et de l'abdomen, très marquée surtout du côté droit.

Léger épanchement de sérosité sanguinolente dans la cavité pleurale droite; rien à gauche, ni dans le péricarde.

Le thymus a l'air parfaitement sain.

Poumons. — État fœtal; ils tombent immédiatement au fond de l'eau dès qu'ils y sont plongés.

Le cœur est rempli de caillots noirâtres, mous; pas de taches hémorrhagiques sous le péricarde viscéral.

Le trou de Botal est largement ouvert, et le canal artériel, rempli par un caillot noir, est parfaitement perméable.

Le ventre est affaissé au niveau de l'ombilic, élargi vers les flancs; il offre, en un mot, l'aspect d'un ventre dans lequel il s'est fait un épanchement. Il n'y a cependant que très peu de sérosité sanguinolente dans le péritoine, et on n'en trouve pas du tout dans l'estomac et l'intestin.

Ce dernier est mou, d'un gris foncé; le gros intestin est rempli de méconium.

La vessie est saine et vide.

Obs. VI. — *Avortement à six mois. — Enfant mort-né. Autopsie.*

M..... (Marie), âgée de vingt-quatre ans, chemisière, entre à la Clinique d'accouchements le 10 novembre 1866, à midi.

Cette fille, réglée pour la dernière fois le 7 mai 1866, enceinte par conséquent de six mois environ, a eu autrefois des accidents syphilitiques.

Pendant toute cette grossesse, qui est la première, elle a été fatiguée par de violentes coliques. Les mouvements actifs du fœtus ont peu à peu diminué depuis trois semaines, et se sont complètement éteints depuis huit jours; en même temps les coliques ont augmenté.

Dans la journée du 11 novembre, elles sont devenues de plus en plus fortes, et un avortement s'est produit le 13 novembre, vers six heures du matin. Enfant du sexe masculin; poids, 850 grammes.

L'enfant, qui n'a donné aucun signe de vie, m'est apporté dans la journée, et je constate ce qui suit :

La flaccidité du petit cadavre est telle que la tête s'aplatit sur elle-même. Les côtes se dessinent sous la peau, le thorax

est aplati, l'abdomen affaissé forme sur les flancs deux saillies arrondies.

Teinte rosée générale des membres, de la face et du cou. Cette teinte est brunâtre, ardoisée à l'hypogastre, autour de l'ombilic, sur les flancs, et à la base de la poitrine.

Au niveau de l'épigastre et des deux hypochondres se trouve une zône beaucoup moins fortement colorée en brun. La coloration brunâtre ardoisée se retrouve sur les lombes.

Sur plusieurs points des membres, il existe des bulles remplies d'une sérosité rougeâtre.

L'épiderme s'enlève partout avec facilité, si ce n'est à la face et à la tête. Le derme est humide et tellement gluant, que l'enfant glisse entre les doigts lorsqu'on veut le soulever.

Entre le cuir chevelu et le crâne, il existe un épanchement assez considérable d'une sérosité sanguinolente, épaisse, rappelant tout à fait l'aspect de celle qu'Orfila comparaît à de la gelée de groseille. Le périoste des os du crâne se décolle avec une extrême facilité.

Les os du crâne jouent les uns sur les autres. Le cerveau conserve sa forme; mais dès qu'on veut l'enlever, il est assez mou pour se réduire en une bouillie rosée à la moindre pression. Petite quantité de sérosité sanguinolente dans l'intérieur du crâne.

Les yeux sont assez durs. La cornée épaissie est translucide et rose. Toutes les humeurs de l'œil ont une coloration rose très manifeste.

Des épanchements abondants de sérosité sanguinolente se retrouvent dans les cavités abdominale, thoracique et péricardique.

Le thymus, plus décoloré qu'à l'état normal, n'offre pas d'autres altérations.

Les poumons et le cœur sont d'un violet foncé. Ce dernier viscère est flasque et mou.

Les poumons, durs et condensés, offrent le type le plus parfait de l'état fœtal; ils plongent rapidement au fond de l'eau.

Le foie est dur et consistant. Le péritoine qui recouvre sa surface est très adhérent. Le coloration du viscère est un peu jaunâtre, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur.

La rate offre à peu près le même aspect.

Les reins n'offrent rien à signaler.

L'estomac et l'intestin sont affaissés, d'une coloration grise foncée; ils ont encore une consistance marquée, et résistent à une assez forte traction. L'intestin grêle est vide. L'estomac contient une matière liquide, épaisse, d'un vert clair. Le gros intestin est rempli de méconium.

La vessie est complètement vide.

Les bourses sont infiltrées d'une assez grande quantité de sérosité sanguinolente.

Le placenta est mou ; il pèse 280 grammes. Il est complètement décoloré à l'intérieur.

Le cordon a conservé son apparence tordue. Il est très sensiblement augmenté de volume, et il offre cette disposition spéciale, qui fait qu'il est extrêmement mince, dans une étendue de 2 centimètres, à son insertion ombilicale. Il tient cependant très solidement.

Il est d'une coloration rose sanguinolente très manifeste. Il est très dur, et il laisse échapper par chaque surface de section une sérosité sanguinolente abondante.

Quoique parfaitement luisant, il n'est pas gluant comme la surface cutanée du fœtus ou comme les cordons qui ont macéré longtemps dans l'eau.

Obs. VII. — *Avortement à six mois et demi chez une femme syphilitique. — Enfant mort* (in utero) *depuis huit jours environ. — Altérations observées. — Nécropsie.*

L...... (Marguerite), âgée de vingt-deux ans, domestique, célibataire, née à Cap-Breton (Landes), entre à la Clinique d'accouchements le 18 juillet 1866, à cinq heures du matin.

Elle est enceinte pour la troisième fois. La première grossesse s'est terminée à six mois par l'expulsion d'un fœtus mort. De la deuxième est résulté un enfant né à terme, et qui a vécu dix mois.

Les deux premiers accouchements ont été normaux et faciles.

La dernière menstruation a eu lieu le 20 janvier 1866.

Depuis lors, cette fille a été constamment malade (anasarque, vomissements incoercibles) ; elle a eu, en outre, un *chancre induré* sur l'une des grandes lèvres au deuxième mois de la gestation.

Il reste encore aujourd'hui des plaques muqueuses confluentes sur les grandes lèvres.

Le travail, qui a commencé dans la nuit du 17 au 18 juillet, s'est terminé le 18, à dix heures du matin.

L'enfant est venu par le sommet et en première position. Eaux de l'amnios brunâtres et un peu fétides. La délivrance est naturelle.

Cette fille déclare qu'elle ne sentait plus remuer son enfant depuis une dizaine de jours environ.

Nécropsie de l'enfant le 19 juillet, à deux heures du soir. — Le placenta pèse 300 grammes ; il est rond et mesure 12 centimètres de diamètre. Les cotylédons sont mous et décolorés.

Le cordon a 40 centimètres de longueur ; il conserve sa torsion normale, mais il est irrégulier comme volume. Beaucoup plus volumineux à son extrémité fœtale que sur tout le reste de son étendue, il mesure en ce point et sur une étendue de 8 centimètres, 2 centimètres et demi de circonférence ; il est violet foncé dans cette même étendue , un peu moins dans tout le reste.

Le fœtus, du sexe féminin, est bien conformé.

Coloration légèrement ardoisée de la peau de l'abdomen, très rosée de la face, du cou et du dos ; rosée de la partie supérieure de la poitrine et de la face interne des membres, normale sur tout le reste du corps et aux extrémités.

L'épiderme s'enlève d'autant plus facilement que la peau est plus colorée, excepté toutefois aux extrémités, où il s'enlève très facilement, et sur le cuir chevelu et la face, où il s'enlève au contraire difficilement.

Sérosité épaisse comme de la gelée de cerise, et assez abondante, sous le cuir chevelu. Le périoste des os du crâne nécessite, pour se décoller, d'assez fortes tractions.

Le cerveau est assez consistant. Pas de sérosité sanguinolente dans la boîte crânienne.

Toutes les humeurs de l'œil, le cristallin et la cornée, sont fortement colorés en rose.

Le thymus n'offre pas d'altérations.

Les poumons présentent le type de l'état fœtal simple. Je ne trouve dans la cavité thoracique qu'une faible quantité de sérosité sanguinolente.

Le cœur n'offre rien d'anormal. Le trou de Botal et le canal artériel sont encore ouverts.

Les cavités péricardique et péritonéale contiennent une assez grande quantité de sérosité sanguinolente.

Le foie, d'une couleur jaune d'ocre, est assez mou.

L'estomac et l'intestin grêle offrent une teinte jaunâtre. Leur tunique séreuse s'enlève facilement.

Je ne trouve rien à signaler du côté des reins ni de la rate. La vessie est vide et sans altérations.

Obs. VIII. — *Syphilis au deuxième mois de la grossesse. — Avortement au sixième mois. — Enfant mort-né. — Mort intra-utérine datant de huit ou neuf jours.*

L........ (Marie), âgée de vingt-cinq ans, lingère, célibataire, née à Hautefort (Dordogne), entrée le 8 avril, à sept heures du matin, à la Clinique d'accouchements (lit n° 4).

Cette fille a déjà accouché, il y a dix-huit mois et à terme, d'un enfant du sexe féminin, mort il y a huit mois d'une coqueluche.

La dernière menstruation a eu lieu du 19 au 27 septembre, et Marie L....... fait remonter le début de sa grossesse à la fin de septembre.

Dans les premiers jours du second mois, chancre induré pour lequel cette fille fut envoyée à l'hôpital Saint-Jean (vénériens), où elle eut des manifestations secondaires très évidentes (angine, roséole, etc.), et d'où elle arrive au moment de son entrée à la Clinique.

Cette fille a cessé de sentir remuer son enfant vers le 3 mars; elle ne l'a jamais cru mort et n'a eu aucun des signes qu'on a donnés comme caractéristiques de la mort du fœtus, si ce n'est la sensation incommode de ballottement dans l'abdomen.

L'accouchement a lieu le 8 avril, à sept heures et demie du matin, sans accidents.

La délivrance se fait facilement au bout de dix minutes.

Nécropsie de l'enfant le 9 avril, à dix heures du matin. — Les diamètres du placenta mesurent onze et treize centimètres; son poids est de 250 grammes. Les vaisseaux se détachent très fortement sur la face fœtale, qui offre une teinte légèrement verdâtre sur presque toute sa superficie. Le cordon est inséré presque sur le bord. A droite de cette insertion, existe un point de la largeur d'une pièce de cinq francs fortement coloré en rose. A gauche, au contraire, tout à fait sur le bord du placenta, dans une étendue longitudinale de cinq centimètres de longueur sur un centimètre et demi de largeur, existe une coloration d'un violet foncé, une véritable ecchymose. Dans ce point les membranes se décollent très facilement, et en les décollant je m'aperçois que cette coloration dont je viens de parler est due à un épanchement de sang.

Face utérine. — Les cotylédons sont ramollis à la superficie, d'une coloration violette très prononcée, et en incisant dans divers points, on trouve au centre des cotylédons des points beaucoup plus fortement colorés, violets, mais sans foyers hémorrhagiques. Certains cotylédons ont, au contraire, un aspect beaucoup plus pâle.

Le cordon mesure trente-huit centimètres de long. Toute trace de torsion a disparu; il est un peu irrégulier dans sa forme et pas tout à fait cylindrique; il est extrêmement rétréci au niveau de son insertion ombilicale, et mesure à peine en ce point le volume d'une plume de corbeau. Il s'écoule par les sections que je pratique de la sérosité sanguinolente. Il est d'un violet clair dans toute sa longueur et très dur.

L'enfant, du sexe masculin, mesure dix-neuf centimètres du syncipnt à l'ombilic, et trente-six du synciput au talon. Il pèse 900 grammes.

Flaccidité assez prononcée du cadavre; le côté gauche de la tête sur lequel repose l'enfant est aplati.

Pas d'induration du tissu cellulaire sous-cutané.

Coloration violette foncée de la peau du crâne, de l'abdomen, des parties génitales, du thorax, moins foncée du dos, rosée des membres dont l'aspect grêle contraste avec l'évasement du ventre et de la poitrine.

L'épiderme s'enlève facilement partout, sauf à la face et sur le cuir chevelu.

Une incision médiane sur tout le cuir chevelu, qui se décolle très facilement, met à découvert une masse de sérosité épaisse semblable à la gelée de groseille.

Le périoste est assez adhérent aux os du crâne.

Pas de mobilité des os du crâne, les uns sur les autres.

Pas de liquide dans la boîte crânienne.

Cerveau un peu violacé par plaques, mais presque blanc-rosé partout; il est mou et s'écrase facilement sous le doigt.

L'œil est assez mou, la cornée et l'humeur aqueuse sont très franchement colorées en rose.

Sérosité sanguinolente dans l'abdomen, dans les plèvres et dans le péricarde.

Le thymus est violacé, surtout à la partie supérieure ; quelques gouttes de pus dans son intérieur.

Les poumons, qui plongent brusquement au fond de l'eau, sont fortement colorés en violet à leurs bases, et un peu mous.

Le cœur est très mou et d'une couleur violette très marquée; le canal artériel est parfaitement libre. Le trou de Botal est largement ouvert.

Le foie pèse 45 grammes; il est pâle, jaune d'ocre, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur ; encore assez résistant.

La rate est beaucoup plus violacée et plus molle que le foie.

L'intestin grêle est rosé et vide à sa partie supérieure, très mou, se déchirant facilement à sa partie inférieure, très dilaté, et rempli de matières glaireuses un peu rougeâtres vers sa partie moyenne.

La vessie est complètement vide et sans aucune altération.

Rien dans le tissu cellulaire.

Obs. IX. — *Accouchement à sept mois.* — *Enfant mort* (in utero). — *Altérations observées.* — *Nécropsie.*

M........ (Lucie), âgée de vingt-huit ans, domestique, née à Nantes, célibataire, est enceinte pour la troisième fois.

Cette troisième grossesse date de la fin de mai 1866; elle n'a été interrompue par aucun accident jusqu'à il y a une quinzaine de jours, époque à laquelle cette fille fut prise d'un malaise indéfinissable. Ce malaise augmenta au fur et à mesure

que les mouvements du fœtus diminuaient, et depuis que ces mouvements ont complètement disparu, il y a une douzaine de jours, cette jeune fille a été de plus en plus souffrante.

Dans la nuit du 12 au 13 novembre 1866 survinrent des coliques qui devinrent de plus en plus violentes, et qui ne cessèrent qu'après l'expulsion, vers six heures du matin, le 13 novembre, d'un fœtus mort-né.

Le placenta pèse 340 grammes. Les membranes se détachent assez facilement de sa face fœtale. Il est mou et tout à fait décoloré.

Le cordon a conservé son aspect tordu. Il est très sensiblement augmenté de volume, si ce n'est à son insertion ombilicale, où il est grêle et aplati. Il est dans tous ses points le siége d'une infiltration considérable de sérosité sanguinolente.

Le fœtus, du sexe masculin, pèse 1,050 grammes. Il mesure 33 centimètres du synciput au talon, et 17 du synciput à l'ombilic.

Flaccidité extrême du petit cadavre; aplatissement de tout le côté droit de la tête qui appuie sur la table. Aplatissement du thorax; ventre évasé, avec saillie très notable des flancs.

Coloration rosée des membres, plus foncée à la face. Sur tout l'abdomen, sur la partie antérieure du thorax et sur la face postérieure du tronc, cette coloration rosée est remplacée par une teinte ardoisée très foncée.

Il existe sur les membres quelques bulles remplies de sérosité sanguinolente. L'épiderme s'enlève partout à la moindre friction, moins facilement cependant sur la tête que partout ailleurs. Le derme est luisant, humide; sa coloration est plus vive lorsque l'épiderme est enlevé.

Épanchement assez considérable d'une sérosité épaisse, gelée de cerise, sous le cuir chevelu. Le péricrâne se décolle avec la plus grande facilité.

Le cerveau est très mou; il tombe et s'aplatit sur la table quand on soulève le fœtus par les pieds, après avoir enlevé la calotte du crâne. Sérosité sanguinolente assez abondante dans la cavité crânienne.

Les yeux sont rosés à l'extérieur, assez mous. La cornée est le siége d'une infiltration de sérosité sanguinolente. Toutes les humeurs de l'œil sont fortement colorées en rose.

Le cœur très mou, rempli de caillots noirs, est violet foncé comme les poumons, qui, comme consistance et comme coloration, offrent un type de l'état fœtal. Ils plongent vivement dans l'eau.

Sérosité sanguinolente en grande quantité dans les trois cavités pleurale, péricardique et péritonéale.

Le péritoine qui recouvre la surface convexe du foie est très adhérent. Le foie, d'un jaune foncé à l'extérieur, est assez fortement violet à l'intérieur ; il est assez consistant.

L'intestin grêle et l'estomac sont assez fortement colorés en gris. Ils contiennent dans leur intérieur une substance demi-liquide assez fortement colorée en rose.

Les reins et la vessie n'offrent rien à signaler.

Les bourses sont le siége d'une infiltration assez considérable de sérosité sanguinolente.

Obs. X. — *Accouchement à sept mois chez une femme syphilitique. — Enfant mort* (in utero) *depuis douze jours environ. — Nécropsie.*

B.......... (Augustine), vingt-sept ans, célibataire, née à Oloron (Basses-Pyrénées). Entrée à la Clinique d'accouchements le 19 février 1866. Cette fille a déjà accouché naturellement, et à terme, il y a trois ans. Ce premier enfant est mort à huit mois et demi d'une cholérine.

La dernière menstruation a eu lieu le 15 juillet 1865.

Au moment de l'arrivée de la malade, le col est déjà dilaté, et la tête engagée en première position.

L'accouchement se termine le 19 février, à huit heures du matin. La malade avoue à ce moment qu'elle a contracté la syphilis pendant les premiers temps de sa grossesse. Elle porte encore aujourd'hui des plaques muqueuses à la vulve et à l'anus.

Cette fille fait remonter à quinze jours l'époque à laquelle elle n'a plus senti remuer son enfant ; elle a, en outre, depuis une douzaine de jours, quelques-uns des symptômes locaux et généraux qui accusent la présence d'un enfant mort dans l'utérus (haleine fétide, douleurs lombaires, etc.).

La femme avait remarqué que son enfant remuait moins depuis quinze jours; cependant, elle s'était figuré le sentir remuer la veille de l'accouchement.

État actuel de la mère. — Plaques muqueuses en très grand nombre autour de l'anus et sur les grandes lèvres.

Nécropsie de l'enfant le 20 février 1866, dix-huit heures après la mort. — Le placenta pèse 450 grammes, et mesure 18 et 21 centimètres de diamètre. Vu par sa face fœtale, le placenta offre une tache ecchymotique de la largeur d'une pièce d'un franc.

Une incision, pratiquée au niveau de cette tache ecchymotique, arrive dans un foyer de sang noir, de l'épaisseur d'une amande, situé sous les membranes et directement entre ces dernières et le tissu du placenta.

Le tissu des cotylédons est mou, tout à fait décoloré. Il se déchire sous les doigts, et encore plus facilement sous les pinces.

Le cordon mesure $0^{m}47$ de longueur.

Il a perdu son aspect tordu, et a une forme presque cylindrique; très mince au niveau de l'ombilic, il est très volumineux dans tout le reste de son étendue.

A l'extrémité, les vaisseaux ne sont nullement apparents; ils sont très durs au toucher. Les sections transversales, pratiquées sur le cordon, laissent écouler de la sérosité sanguinolente.

Les dix centimètres les plus rapprochés du placenta, au lieu d'avoir la coloration gelée de groseille de tout le reste de la longueur, sont d'un violet foncé.

L'enfant pèse 2,400 grammes, et mesure 47 centimètres de longuer.

Mobilité assez modérée des os du crâne.

Tout le cuir chevelu a l'air d'être soulevé et séparé du crâne par une certaine quantité de liquide. Il existe, en effet, au dessous de lui, de la sérosité sanguinolente, moitié liquide, moitié prise en masse (gelée de groseille).

Le périoste du crâne lui-même est soulevé par du liquide moins fortement coloré que celui dont je viens de parler.

Le périoste se décolle avec une assez grande facilité.

Les circonvolutions du cerveau sont bien dessinées.

Le cerveau est extrêmement mou, et tombe en bouillie sous un simple filet d'eau.

Coloration rosée de toute la surface du corps; sur tous les points, l'épiderme s'enlève; il est enlevé, au moment où on m'apporte l'enfant, sur tout l'abdomen, la face postérieure du thorax, les membres supérieurs; le linge dans lequel est enveloppé l'enfant est mouillé par une très grande quantité de sérosité sanguinolente.

Tout l'épiderme de la face dorsale de la main droite est soulevé par une assez grande quantité de liquide séro-sanguinolent.

Examiné au microscope, ce liquide, poisseux et collant un peu aux doigts, se laisse voir composé d'une énorme quantité de leucocythes (globules blancs). On aperçoit, en outre, quelques globules rouges, mais en assez petite quantité.

Cette proportion relative paraît surtout très minime quand, comme je l'ai fait, on examine comparativement du sang résultant d'une saignée faite quelques instants auparavant sur une personne adulte.

Les yeux sont assez mous et un peu affaissés sur eux-mêmes. Examinés avant leur extraction de l'orbite, on aperçoit à travers la cornée une teinte rose générale de leurs milieux.

L'œil enlevé laisse voir la moitié postérieure encore plus rosée que la moitié antérieure. La cornée est très épaisse, et les tranches qu'on enlève sont rosées. On dirait la sérosité sous-épidermique solidifiée.

Toute l'humeur vitrée est transformée en une sérosité sanguinolente; le cristallin lui-même est coloré en rose.

Les lèvres sont violacées; l'épithélium ne se détache pas à leur niveau.

Langue décolorée, sans mucédinées à sa surface.

La poitrine est affaissée, et le diaphragme très fortement relevé.

En ouvrant les cavités thoracique et abdominale, on sent une odeur cadavérique bien manifeste, différant complètement de l'odeur *sui generis* qu'exhale un fœtus mort depuis peu.

Infiltration de sérosité sanguinolente dans les parois du thorax.

Cette même sérosité est contenue en grande quantité dans les plèvres et dans le péricarde.

Les poumons eux-mêmes offrent une certaine mollesse; ils plongent au fond de l'eau.

Le cœur, très mou, est violacé et sans ecchymoses.

L'abdomen est aplati, très élargi, tombant de côté et d'autre, et contenant manifestement du liquide.

Coloration livide, ardoisée, de toute sa paroi antérieure, beaucoup plus intense au niveau de l'insertion du cordon ombilical, où la teinte de la peau se confond sans aucune trace de séparation avec celle du cordon.

La cavité abdominale contient 120 grammes d'un liquide sanguinolent très foncé.

Le foie pèse 45 grammes, le péritoine qui l'enveloppe lui est très adhérent. Il est d'une couleur jaune d'ocre à l'extérieur, sans marbrures ecchymotiques, mais se laisse facilement déchirer par le doigt; il est violet à l'intérieur, c'est à dire beaucoup plus foncé qu'à la surface.

L'estomac, légèrement violet à l'extérieur, contient un liquide sirupeux, légèrement sanguinolent.

L'intestin grêle, mou, affaissé, grisâtre, contient aussi, dans son intérieur, un liquide sirupeux, plus fortement coloré en rose que celui qui existe dans l'estomac.

Le gros intestin est rempli de méconium.

La vessie est complètement vide et sans altérations.

Obs. XI. — *Enfant mort-né. — Mort intra-utérine datant de quinze jours environ. — Altérations observées. — Nécropsie.*

M....... (Gracieuse), âgée de vingt-un ans, domestique, née à Oudres (Landes), enceinte pour la première fois, entre à la Clinique d'accouchements le 29 janvier 1866.

Cette fille raconte qu'un mois après le début de sa grossesse elle eut, sur l'une des grandes lèvres, un bouton qu'un médecin lui dit être un chancre induré. Depuis, elle a eu des accidents secondaires très manifestes, et, au moment de l'accouchement, on constate une angine syphilitique et des plaques muqueuses à la vulve.

A l'en croire, son enfant n'aurait plus du tout remué depuis quinze jours, et depuis cette époque elle aurait éprouvé quelques-uns des phénomènes qui indiquent la présence d'un fœtus mort dans la cavité utérine. Remarquons toutefois que cette personne, d'une intelligence très médiocre, donne des renseignements fort peu précis.

Les premières douleurs de la parturition se font ressentir le 28 janvier dans la nuit, et l'accouchement se termine le 29 vers neuf heures du matin. L'enfant est venu par le sommet en première position. Au dire de la sage-femme qui assistait à l'accouchement, les eaux étaient extrêmement fétides et de couleur rose. L'enfant était mort-né.

L'enfant, du sexe masculin, pèse 1,250 grammes et a l'apparence d'un fœtus de six mois.

Il n'existe de bulle sur aucun point du corps, mais sur le ventre, les pieds et les mains l'épiderme est complètement enlevé.

Sur tous ces points le derme est luisant et humide, rose aux pieds et aux mains. Il est noir sur la paroi abdominale antérieure, surtout dans les deux hypochondres, aux deux flancs et à l'hypogastre ; à l'épigastre et autour de l'ombilic, il est rose foncé, parsemé çà et là de petites taches ecchymotiques ; les vaisseaux se dessinent en noir au-dessous de lui.

Le moindre frottement enlève l'épiderme sur toute la surface du corps. Il est cependant assez adhérent sur le cuir chevelu. Sur le dos, la coloration est plus foncée que sur la partie antérieure du corps.

Flaccidité extrême de toutes les parties molles : la tête s'aplatit sur elle-même, le thorax est aplati, l'abdomen affaissé, presque creux au voisinage du nombril, et forme sur les flancs deux saillies légèrement arrondies.

Le cuir chevelu est décollé par la présence d'une assez grande quantité de sérosité sanguinolente prise en masse et offrant, comme le disait Orfila, l'aspect de la gelée de groseille.

Le péricrâne décollé est soulevé par une assez grande quantité de sérosité sanguinolente. Les fontanelles sont intactes, ainsi que les sutures membraneuses qui réunissent entre eux les os crâniens.

Le cerveau est tellement mou qu'il s'écoule, par la section

pratiquée pour enlever la calotte, sous forme d'une bouillie rose, sans odeur.

Les yeux sont extrêmement mous; la sclérotique est assez fortement colorée en rose. A travers la cornée on aperçoit une coloration rouge foncée. La cornée est épaissie, rosée; les humeurs de l'œil sont fortement colorées en rouge. Le cristallin lui-même offre cette coloration.

Le tissu cellulaire du thorax, de l'abdomen et de la nuque est le siége d'une infiltration de sérosité sanguinolente. Une sérosité sanguinolente tout à fait semblable à celle-ci se retrouve dans les séreuses (plèvre, péricarde et péritoine) en quantité assez considérable.

Le poumon droit est très apparent; le gauche est caché derrière le cœur. Coloration violette foncée; mollesse très marquée; le râclage avec le scalpel sur des coupes n'enlève qu'une sorte de bouillie. Plongés dans l'eau, en tranches minces, ils s'enfoncent immédiatement.

Le cœur, violet comme les poumons, est encore plus mou que ces derniers. Il se déchire sous la simple pression des doigts et tombe en détritus.

Le foie pèse 70 grammes. Le péritoine qui le recouvre s'enlève avec la plus grande facilité. Il est d'une mollesse extrême, et telle qu'on ne peut faire sur lui aucune coupe nette avec le scalpel.

La vésicule biliaire est remplie d'un liquide plus foncé et plus épais que la sérosité qui remplit les trois cavités séreuses, mais très franchement sanguinolent comme celle-ci.

La rate conserve à peine sa forme : c'est une véritable boue, d'un brun très foncé, presque noire.

Les reins moins colorés que les deux viscères précédents sont aussi moins mous; ils sont cependant bien loin d'avoir leur consistance normale.

L'estomac et l'intestin grêle sont très fortement ardoisés à l'extérieur, à l'intérieur ils sont vides; ils sont ramollis au point qu'une traction modérée les déchire. La séreuse péritonéale qui les recouvre s'enlève avec la plus grande facilité.

Le gros intestin est fortement coloré en vert par le méconium qu'il contient.

La vessie contient dans son intérieur une très petite quantité de sérosité sanguinolente.

Les bourses, très tendues, d'une coloration rose foncé, sont le siége d'une très forte infiltration de sérosité sanguinolente.

Le cordon dur, résistant, lisse, sans aucune trace de torsion, offre une coloration rouge foncée, qu'on peut comparer à celle de la belle viande de bœuf. Le cordon, très grêle et aplati au niveau de son insertion ombilicale, devient bientôt très volumineux dans toute son étendue.

§ I.

MACÉRATION.

Les Observations qui précèdent se rapportent à des enfants qui ont séjourné dans la cavité utérine après leur mort, et se rattachent toutes à cette altération que les auteurs ont désignée sous le nom de *macération;* elles vont nous permettre de faire des descriptions générales et des descriptions particulières.

D'une manière générale, on peut dire qu'un enfant macéré dans l'utérus offre un aspect tout spécial. Cet état, facile à reconnaître, est beaucoup moins facile à décrire, et on a pu voir, dans le cours des Observations précédentes, quelles difficultés j'ai éprouvé pour rendre mes impressions, su tout quand il s'est agi des diverses nuances et des diverses colorations.

La macération qui se produit dans l'eau de l'amnios est impossible à méconnaître; d'abord l'odeur exhalée par le cadavre a quelque chose de doux, de fade, de pénétrant; elle est bien plus désagréable que celle des cadavres putréfiés dans d'autres conditions.

La forme du cadavre est remarquable; il n'est plus terminé par des contours arrondis, il devient aplati et s'élargit; le thorax perd sa voussure normale, l'abdomen s'élargit de

façon à prendre l'aspect d'un ventre de batracien. Toutes les parties sont d'une flaccidité telle, que la tête, dont les os devenus mous et mobiles vacillent les uns sur les autres, s'aplatit sur elle-même sous l'influence de la pesanteur.

La coloration de la peau a surtout quelque chose de remarquable et de bien différent de ce que l'on observe chez les fœtus putréfiés ou à l'air ou dans l'eau. C'est une teinte d'un rouge-brun, plus ou moins vive et plus ou moins étendue, solon la durée du séjour dans l'utérus. On dirait une véritable imbibition de la peau par cette sérosité sanguinolente, qui soulève quelquefois l'épiderme sous forme de bulles, qu'on retrouve dans toutes les cavités, et dont je suis, je crois, le premier à signaler la présence jusque dans les humeurs de l'œil.

A cette coloration de la peau, il faut ajouter la facilité extrême avec laquelle l'épiderme se détache sur toute la surface du corps. Je montrerai bientôt quels sont les points sur lesquels cette séparation se fait le plus facilement, et par où elle commence. Malgré son importance, car nous verrons plus tard que cette séparation de l'épiderme est spéciale à ce genre de putréfaction, il ne faudrait cependant pas conclure que la chute de l'épiderme est, d'une manière absolue, une preuve suffisante de la mort et de la putréfaction du fœtus avant la naissance. Il existe, en effet, quelques observations de fœtus venus au monde vivants, et chez lesquels, néanmoins, l'épiderme se détachait; il est vrai de dire, toutefois, que, dans ces cas, les fœtus étaient très malades et ne tardaient pas à succomber; telles sont, par exemple, les Observations du Dr Riecke (1) et du Dr Jœrg (2). Ces Observations se rapportent, selon moi, à des enfants syphilitiques.

(1) *Annalen des Staatsarzeneikunde,* von Dr Schneider; Tubingen, 1840.

(2) *The London Medical and Phys. journal;* mars 1840.

Cette séparation facile de l'épiderme chez les enfants putréfiés dans l'utérus, en mettant à nu le derme et le fluide muqueux, gluant, qui le recouvre, rend très difficile la préhension du fœtus, qui glisse et coule des mains quand on veut le soulever.

Tous ces détails, insignifiants au premier abord, sont au contraire d'une certaine importance, car ce n'est qu'en les accumulant qu'on peut arriver à une exactitude et à une sûreté de jugement si nécessaires dans des questions d'une aussi haute gravité.

Ces altérations générales, appréciables du premier coup d'œil, sont loin d'être les seules que présentent les fœtus morts dans le sein de leur mère; chaque viscère subit lui-même des transformations que nous allons suivre, en reprenant, pour les résumer, les observations ci-dessus.

Chez un enfant mort deux jours avant sa naissance, la coloration rosée de la peau est plus foncée à la face; l'épiderme est partout très adhérent, et il faut des frictions très énergiques pour en enlever des lambeaux.

Il n'existe pas d'épanchement de sérosité sanguinolente sous le cuir chevelu, et le périoste des os du crâne est très adhérent.

Le cerveau est mou, mais il conserve sa forme, et il est facile de reconnaître les diverses parties qui le constituent; les yeux sont ternes, humides, et à travers la cornée on aperçoit la coloration normale de l'iris.

Les poumons n'offrent encore que le type de l'état fœtal; le foie, dont il est impossible de détacher le péritoine qui le recouvre, est d'un rouge brique, et a sa consistance normale.

On ne trouve aucun épanchement sanguin dans les cavités crânienne, thoracique et abdominale. Les seuls points dans

lesquels cette imbibition se produit sont l'extrémité fœtale du cordon et les bourses chez les fœtus mâles.

Cette imbibition très limitée constitue, avec la très légère coloration de la peau, les altérations caractéristiques de cette première époque, qui s'étend de la mort du fœtus à la fin du deuxième jour.

Du quatrième au cinquième jour, les altérations sont plus avancées; le petit cadavre est un peu plus affaissé sur lui-même.

La coloration de la peau, brunâtre sur la face et le front, a, sur tout le reste de la surface du corps, la teinte qu'elle avait au second jour sur la tête. Il reste donc établi que cette coloration commence par la face, qu'elle se généralise ensuite, et que c'est d'abord autour de l'ombilic qu'elle devient plus foncée.

Le cuir chevelu est séparé des os par une certaine quantité de sérosité sanguinolente liquide; le périoste des os du crâne ne s'enlève qu'après d'assez fortes tractions.

Le cerveau, beaucoup plus mou que les premiers jours, conserve cependant sa forme quand on ouvre la boîte crânienne; il est toutefois assez mou pour qu'il soit impossible de l'enlever sans qu'il s'écrase entre les doigts.

La sclérotique conserve sa couleur blanche, mais la cornée est rose; elle est épaisse, et quand après l'avoir enlevée on fait écouler les humeurs de l'œil, on s'aperçoit qu'elles ont, comme le cristallin, leur coloration normale.

Ce fait me paraît digne d'intérêt; cette coloration des humeurs et des membranes de l'œil n'a encore été signalée par aucun auteur, et la marche de cette altération singulière est tellement fixe, que j'ai la conviction qu'elle suffirait à elle seule pour diagnostiquer l'époque à laquelle remonte la mort d'un enfant qui a succombé dans le sein de sa mère.

Cette même sérosité sanguinolente se retrouve à cette même époque, mais en petite quantité, dans les trois grandes cavités séreuses (plèvre, péricarde, péritoine); elle n'infiltre pas encore le tissu cellulaire sous-cutané.

De tous les viscères, le foie est à ce moment le seul qui offre des altérations appréciables. Il est assez mou pour se déchirer sous la pression du doigt, et sa coloration est brou de noix très claire. Chez les fœtus mâles enfin, les bourses, qui sont le siége d'une infiltration sanguinolente considérable, prennent une teinte beaucoup plus foncée.

Chez les fœtus qui ont séjourné une huitaine de jours dans le sein de leur mère après leur mort, les altérations sont encore plus prononcées.

La flaccidité du cadavre est alors assez forte pour que la tête s'aplatisse sur elle-même. Les côtes se dessinent sous la peau, le thorax est aplati; l'abdomen, affaissé, forme au niveau des flancs deux saillies arrondies.

La coloration rosée est générale; au pourtour de l'ombilic, à l'hypogastre, sur les flancs et à la base de la poitrine, la teinte est ardoisée; une nuance intermédiaire existe à l'épigastre et aux hypocondres.

On peut donc suivre jusqu'ici les diverses colorations : la teinte rosée qui commence à se produire à la tête se généralise ensuite, et ce n'est qu'après cette généralisation, que survient, vers le huitième jour, une teinte ardoisée, qui commençant, ainsi qu'il a déjà été dit, au pourtour de l'ombilic, s'étend ensuite successivement à toutes les parties de l'abdomen.

L'épiderme, soulevé en quelques points par de la sérosité sanguinolente, s'enlève partout avec la plus grande facilité, excepté cependant sur la face et sur le crâne, où il est encore très adhérent.

Le périoste se détache facilement des os du crâne, qui jouent les uns sur les autres. Le cerveau est tellement mou, qu'à la moindre pression il se réduit en bouillie.

La coloration rosée de la cornée a gagné les humeurs de l'œil, mais, circonstance importante, a respecté le cristallin.

Des épanchements abondants de sérosité sanguinolente se retrouvent dans les trois cavités pleurale, péricardique et péritonéale. Cette sérosité est beaucoup moins abondante dans l'intérieur de la cavité crânienne.

Pas encore d'infiltration dans le tissu cellulaire; le thymus, qui jusqu'ici n'avait subi aucune altération appréciable, est violet et plus coloré qu'à l'état normal.

Les poumons et le cœur ont eux-mêmes une coloration violette très marquée. Ce dernier viscère est flasque et mou; les poumons offrent le type parfait de l'état fœtal.

Le péritoine qui recouvre la face convexe du foie est très adhérent. Nous retrouvons à cette époque la coloration jaunâtre du foie, avec ceci de spécial que cette coloration se retrouve autant à l'intérieur qu'à l'extérieur du viscère.

Les divers autres viscères abdominaux n'offrent aucune altération bien marquée; il faut signaler toutefois la coloration grisâtre, foncée de l'intestin grêle et son affaissement sur lui-même.

Vers le douzième jour, les altérations des époques antérieures sont plus avancées, et il s'en est encore produit de nouvelles. En suivant le même ordre pour leur description, malgré la monotonie qui peut en résulter, nous constatons que la flaccidité du petit cadavre est extrêmement prononcée.

La teinte ardoisée de l'abdomen est beaucoup plus foncée; elle s'étend, en outre, sans ligne de démarcation, à la partie antérieure du thorax et à la face postérieure du tronc.

L'épiderme, soulevé en certains points par de la sérosité sanguinolente, s'enlève avec facilité, même à la face, mais pas encore sur le crâne.

La sérosité qui existe sur le cuir chevelu est plus épaisse et plus foncée (gelée de cerise); elle est plus abondante dans la cavité crânienne qu'elle ne l'était précédemment.

Le cerveau est assez mou pour s'aplatir et s'étaler sur la table.

La cornée, toutes les humeurs de l'œil et le cristallin lui-même sont très fortement colorés en rose; l'œil est mou.

La sérosité sanguinolente est encore plus abondante qu'elle ne l'était jusqu'ici dans les cavités séreuses; elle commence à infiltrer le tissu cellulaire des parois thoraciques.

Le cœur et les poumons sont encore plus mous que précédemment; ces derniers, coupés en tranches minces, tombent brusquement au fond de l'eau.

Le péritoine qui recouvre le foie est toujours très adhérent, mais la coloration de ce viscère est notablement changée; tout en restant jaunâtre à l'extérieur, il prend à l'intérieur une teinte violette foncée.

Chez tous les fœtus, l'estomac renferme un liquide demi-transparent, gluant, muqueux, sans albumine; tandis que le duodénum et la partie supérieure de l'iléon renferment une matière demi-fluide et albumineuse.

Cette matière, qui, d'après les recherches du Dr Lee [1], est sécrétée par le foie, et non pas introduite par la bouche, comme on l'a prétendu, puisqu'on la trouve chez les acéphales, qui est digérée dans les parties supérieures de l'intestin grêle, et qui sert ainsi d'aliment au fœtus, perd sa transparence vers le douzième jour, et se colore en rose. Cette coloration envahit d'abord les matières contenues dans

[1] Dr Lee; *London, Med. and Phys. journal;* avril 1829.

l'intestin grêle, qui, lui-même, est grisâtre, mou et aplati.

Les enfants morts depuis quinze jours dans l'utérus offrent les altérations suivantes : L'épiderme est enlevé sur presque toute la surface du corps, et il tombe au moindre frottement sur les divers points du corps où il existe encore, excepté cependant sur le cuir chevelu.

La coloration du derme est plus foncée qu'elle ne l'était jusqu'ici. Au niveau des points où la teinte ardoisée est la plus prononcée, il existe encore quelques taches.

La flaccidité du petit cadavre est extrême; le cuir chevelu, soulevé par une très grande quantité de sérosité sanguinolente (gelée de cerise), s'enlève aussi facilement que le périoste, qui ne tient plus du tout aux os du crâne.

Le cerveau est tellement mou, qu'il s'écoule, par la section pratiquée pour enlever la calotte, sous forme d'une bouillie rose et sans odeur.

Du côté des yeux, la coloration rosée a atteint même la sclérotique, et la sérosité sanguinolente qui se retrouve en grande quantité dans les trois cavités, infiltre, en outre, le tissu cellulaire de la poitrine, de l'abdomen et de la nuque.

Les poumons sont devenus très mous, ainsi que le cœur, qui se déchire sous la simple pression des doigts et des pinces.

Le péritoine qui recouvre le foie, et qui jusqu'ici était très adhérent, s'enlève, au contraire, avec assez de facilité. Le foie est assez mou pour qu'il soit impossible de faire sur lui aucune section nette avec le scalpel. La rate offre les mêmes altérations.

La coloration rouge qui, au douzième jour, atteint les matières contenues dans l'intestin, gagne à cette époque les matières contenues dans l'estomac et jusque dans la vésicule biliaire.

Le tube digestif est aussi beaucoup plus foncé en couleur et beaucoup plus mou. Les reins ont perdu, de leur côté, leur consistance normale; de telle sorte qu'on peut dire, d'une manière générale, qu'à cette époque tous les viscères sont très sensiblement ramollis.

§ II.

Putréfaction.

Il existe dans la science des faits bien différents de tous ceux que nous avons étudiés jusqu'ici, et dans lesquels les altérations sont assez avancées pour amener une putréfaction extrême et une dissociation complète des diverses parties du fœtus.

Telles sont, par exemple, les Observations suivantes :

Obs. XII. — *Grossesse utérine dans laquelle le fœtus a séjourné pendant près de trois mois dans la cavité utérine, après le terme ordinaire de la gestation. — Putréfaction du fœtus. — Mort. — Autopsie* par le Dr Oldham [1].

Le 30 juin 1845, M. Oldham fut appelé auprès d'une femme de quarante-un ans, mariée à dix-neuf ans, et qui avait déjà fait cinq à six fausses couches. Le 26 juin, il s'était écoulé une certaine quantité d'eau. Un accoucheur fut appelé, qui trouva le col de l'utérus fermé et l'utérus sans contractions. Pendant quatre jours, l'état fut le même. M. Oldham, appelé à cette époque, constata que l'abdomen était le siége d'une douleur diffuse, et était distendu comme au neuvième mois de la grossesse. L'utérus formait dans le vagin une tumeur arrondie à travers laquelle on sentait la tête du fœtus. Le col utérin était raccourci, et son orifice permettait la libre entrée du doigt, de sorte qu'on pouvait se mettre directement en rapport avec la

[1] *Guy's hospital reports*, t. V, 1847.

tête du fœtus. Pas de fièvre, pas de chaleur anormale. Les seins étaient durs et gonflés comme au troisième jour après la délivrance, et fournissaient du lait. Le fœtus était mort, ainsi que le prouvaient l'auscultation et l'absence de mouvements actifs.

Douze jours après, M. Oldham fut appelé auprès de cette dame. L'accouchement n'était pas fait; le vagin fournissait depuis huit jours un liquide brunâtre d'une horrible fétidité, et quelques gaz. La malade était plus faible. Pouls fréquent, face animée. On sentait, à travers les parois abdominales, les diverses parties du fœtus. Le col de l'utérus permettait l'introduction de deux doigts, et l'on distinguait les os de la tête qui commençaient à se dissocier. Le seigle ergoté, les frictions sur l'abdomen, ne réussirent pas à réveiller les contractions de l'utérus et à déterminer l'expulsion du fœtus; le galvanisme et la dilatation mécanique ne réussirent pas davantage.

Dans ces circonstances, M. Oldham fit faire, dans l'intérieur de l'organe utérin, des injections répétées, destinées à entraîner la substance cérébrale en putréfaction. Les jours suivants, on put extraire le placenta, avec le cordon ombilical putréfié; puis les os du crâne, tout un bras, plusieurs côtes, une grande partie de la colonne vertébrale, et quelques os de l'autre bras. L'abdomen diminuait chaque jour de volume; l'écoulement perdait de sa fétidité et devenait puriforme.

Bientôt les forces de la malade, que l'on était parvenu à soutenir avec des toniques, commencèrent à décliner. Vers la fin de septembre, l'amaigrissement et la faiblesse étaient extrêmes. L'abdomen était sensible à la pression et la miction était douloureuse. La tumeur abdominale n'avait plus que le volume d'une orange, était compacte, dure, mieux circonscrite; elle se sentait presque immédiatement derrière les parois abdominales, ce qui fit penser à M. Oldham que la paroi utérine était ulcérée, et que les os du fœtus s'étaient échappés dans le petit bassin. Il conclut en même temps, d'après les douleurs vives que la malade éprouvait en urinant, que la vessie était intéressée. La mort eut lieu le 26 septembre, trois mois après l'établissement du travail.

Autopsie. — En divisant les parois abdominales sur la ligne médiane, au dessous de l'ombilic, on ouvrit un kyste qui ren-

fermait un assez grand nombre d'os, au milieu d'un putrilage épais et brunâtre. Ce kyste était formé : en avant, par la partie inférieure des parois abdominales et par la vessie; en haut, par l'intestin grêle et l'épiploon, dont les adhérences étaient extrêmement faibles; en arrière, par la paroi postérieure de la cavité utérine.

L'organe utérin, mesuré en arrière, avait quatre pouces de longueur. Le corps, porté en arrière, était enveloppé par des fausses membranes, et le col était assez large pour admettre le petit doigt. Toute la paroi antérieure de l'utérus manquait, à l'exception de la lèvre antérieure, qui complétait l'orifice par lequel on pénétrait dans l'intérieur du kyste. La vessie était amincie dans un point, et la perforation était imminente.

L'ovaire gauche était sain; les appendices de l'utérus, du côté droit, étaient soudés intimement, de manière à ne pouvoir être séparés. Les os qui étaient renfermés dans le kyste étaient ceux d'un fœtus à terme; ils étaient entièrement débarrassés des parties molles, et formaient une espèce de masse ovalaire, dense et compacte.

Observation XIII [1].

Mme de X..., âgée de vingt-cinq ans, d'un tempérament sanguin, de bonne constitution, déjà mère de plusieurs enfants, avait toujours eu des couches fort heureuses, et même, à chaque grossesse, elle avait acquis un embonpoint remarquable.

Dans les premiers jours de novembre 1833, elle se purgea avec une bouteille d'eau de Sedlitz. Le 7, les règles vinrent à l'accoutumée, toutefois plus séreuses et plus abondantes. A dater de ce moment, elle éprouva un malaise indéfinissable avec des frissons plus ou moins fréquents dans la journée; une chaleur importune la nuit, et souvent après dîner un ballonnement du ventre qui la forçait à garder le repos. Son embonpoint ne tarda pas à diminuer.

Les règles vinrent en décembre et en janvier, mais séreuses et peu abondantes. Le 6 février, elle fit une légère chute sur

[1] Dr Vassal; *Gazette médicale de Paris*, 1835, p. 172.

le siége. Le lendemain, époque des règles, il se manifesta un écoulement séro-sanguinolent qui dura trois jours. Cependant, la santé déclinait de plus en plus, malgré la persistance d'un appétit dévorant.

Le 1er mars, ayant fait une promenade à cheval au simple trot, peu d'instants après son retour, elle rendit par la vulve environ une palette de sang et tomba en défaillance. Je la vis à sept heures du soir, et la trouvai dans l'état suivant :

La maigreur était excessive; la peau jaunâtre, sèche et chaude; le pouls fébrile, à 80 pulsations; la langue pâle, humide, saburrale; l'hypocondre droit ballonné et sonore. L'utérus était placé au dessus du détroit supérieur et sensible à la pression. Je crus à l'existence d'une métro-péritonite chronique. J'annonçais, toutefois, que la matrice me paraissait contenir un corps étranger : fœtus, môle ou hydatides; mais la persistance des règles faisait éloigner, par toutes les personnes présentes, l'idée d'une grossesse; les mamelles n'offraient d'ailleurs aucun développement.

La fièvre s'accrut dans la nuit, avec des sueurs très copieuses. Le 2, le pouls était à 100 pulsations; la soif ardente, la face colorée.

A minuit, retour de la sueur; mais à trois heures du matin, horripilations, claquement des dents, froid glacial de toute la périphérie du corps; figure cadavérique; le pouls à peine perceptible. Après plus d'une heure de cette période algide, la fièvre revint, et à six heures il s'établit une sueur abondante.

Le 3, à midi, la fièvre persistait aussi forte; les urines étaient limpides, l'utérus nous parut s'engager dans le détroit supérieur. A quatre heures, nouvel accès de froid d'une durée égale au premier.

Le 4, on fit toutes les quatre heures des injections dans le vagin avec de la décoction de morelle. Je prescrivis, en outre, de donner de cinq en cinq minutes un verre d'eau sucrée bien chaude avec une cuillerée d'eau de fleurs d'oranger, dès que la période algide apparaîtrait. Ce moyen réussit en effet, et le froid ne dura que vingt minutes.

Le 5, même symptôme; le froid revint, toujours à une heure différente; mais dans le courant de la journée, il s'établit par la vulve un écoulement noirâtre, poisseux et d'une fétidité

insupportable. Je pratiquai le toucher et reconnus que l'utérus occupait l'excavation du bassin; il paraissait plus volumineux qu'à l'état de vacuité; toutefois, le museau de tanche n'offrait rien de particulier, et il y avait absence complète de douleurs utérines.

Le 6, à deux heures du soir, retour de la période algide, qu'on dissipe par l'administration de trois verres d'eau sucrée très chaude. L'écoulement continuait, mais moins épais que la veille.

Le 7 au matin, le pouls était encore à 102 pulsations ; à midi, il était tombé à 60; la céphalalgie avait disparu; la peau était souple et moins chaude; l'écoulement, plus séreux, était aussi beaucoup moins fétide. Dans le cours de cette journée, la malade rendit par la vulve plusieurs lambeaux de membranes, et une assez grande quantité d'une matière encéphaloïde et sanguinolente. A dix heures du soir, l'hypocondre droit était moins ballonné et peu sonore; le pouls était à 70, le calme parfait. Cet état dura jusqu'à une heure du matin, où elle expulsa sans efforts et sans aucune douleur utérine une masse charnue dont la sortie fut suivie d'une abondante perte de sang et de contractions violentes de l'utérus qui arrachaient des cris à la malade.

Je la vis à cinq heures du matin; la face était pâle et exprimait une douleur profonde; les yeux hagards; les extrémités froides; le pouls lent, petit, concentré. Elle croyait sentir son utérus sortir à l'entrée de la vulve. La vulve était énormément distendue, en effet, mais par l'extrémité supérieure d'un caillot noir, homogène, du volume d'une tête d'adulte. A l'entrée du vagin était un second caillot beaucoup moins volumineux, et le vagin lui-même était rempli par un placenta aussi volumineux qu'à l'époque du huitième mois d'une grossesse régulière. Le placenta n'avait subi aucune altération, ni dans sa couleur, ni dans sa densité normales; mais il n'en était pas de même du cordon ombilical. L'extraction du délivre fut suivie d'une lipothymie, que dissipa une légère aspersion d'eau froide sur la figure.

Je prescrivis du bouillon de poulet, une infusion de tilleul, une potion antispasmodique, et des injections dans le vagin plusieurs fois par jour avec une décoction de quinquina. Le

huitième jour la malade se leva quelques heures; mais son extrême faiblesse me détermina à lui prescrire intérieurement les toniques diffusibles, et à l'extérieur les bains sulfureux. Les règles se manifestèrent le 7 avril; elles revinrent le 7 mai, et suivirent leur cours ordinaire.

La masse charnue qui avait été rendue par la malade était un fœtus qui paraissait âgé de trois mois, bien que la série des symptômes indiquât une grossesse de quatre mois révolus. Tous les téguments et le tissu cellulaire sous-cutané étaient complètement dissous; les muscles étaient d'un rouge-brun, mollasses et friables sous les doigts, et n'adhérant plus aux os que par leurs extrémités tendineuses.

Les os des membres étaient entièrement dénudés; la face était dépourvue de ses parties molles, la fontanelle antérieure largement ouverte, le crâne vide de substance cérébrale. Le coronal aplati avait une direction verticale; sa partie supérieure était séparée des pariétaux, et, de même que les angles antéro-supérieurs de ceux-ci, elle offrait un aspect grisâtre et desséché, comme si ces portions d'os eussent été longtemps exposées à l'action de l'air. L'abdomen était ouvert, et le tube digestif n'existait plus.

Dans certains faits de ce genre, les altérations ont pu être assez avancées pour qu'un médecin peu attentif, et n'ayant pas suffisamment cherché dans les eaux de l'amnios les débris d'un fœtus peu âgé, ait pu prétendre que le fœtus s'était dissous [1]. Une communication de ce genre, faite à la Société anatomique, a été énergiquement combattue par les membres de cette savante Société, et en particulier par M. le professeur Depaul, qui répondit avec beaucoup de raison à M. le docteur Mondière que les débris du fœtus avaient pu passer inaperçus.

La production des altérations que nous avons constatées dans les faits précédents et dans beaucoup d'autres analo-

(1) *Bulletin de la Société anatomique*, t. XXVI, 1851, p. 189.

gues ([1]), et qui diffèrent si notablement des altérations spéciales de nos premières Observations, a été, pour les accoucheurs, le sujet d'assez vives controverses. M. Vassal, par exemple, ne pensant pas que les lois physiologiques permettent dans le sein de la mère une semblable décomposition, explique ces altérations, d'ailleurs assez rares, par une phlegmasie intense qui aurait envahi le système cutané, le cordon ombilical, et qui se serait terminé par gangrène.

C'est là une opinion que peu d'auteurs ont acceptée.

En examinant avec attention les faits semblables à celui du Dr Vassal, on s'aperçoit, en effet, que toujours il y a eu un traumatisme quelconque qui a facilité l'écoulement des eaux, et qui a permis l'entrée de l'air dans la cavité utérine.

Cette dernière circonstance est réellement la plus importante, et c'est par l'introduction de cet élément nouveau que peut s'expliquer la différence des altérations constatées chez des fœtus placés, il semble, dans des conditions physiques analogues. La présence de l'air est tellement nécessaire pour que la putréfaction se produise, comme dans les faits des docteurs Oldham et Vassal, que dans les cas où cette pénétration de l'air ne peut se faire, le fœtus ne se putréfie pas à proprement parler, bien que les deux conditions principales de la putréfaction, l'eau et la chaleur, se trouvent réunies.

Dans les cas analogues à ceux que nous venons de passer en revue, les altérations subies par le fœtus sont impuissantes par elles-mêmes à donner une idée du temps qui s'est écoulé depuis sa mort. Il faut alors nécessairement se rapporter aux antécédents, et tenir grand compte des commémoratifs. Cette recherche des signes anamnestiques est, il faut le dire, singulièrement favorisée par la présence d'accidents à forme

([1]) Voyez en particulier : Burdach, *Traité des accouchements;* — Dr Cheston, *Méd. chir.*, Transactions, t. V, etc., etc.

typhoïde, qu'éprouvent presque toujours les femmes placées dans ces conditions.

§ III.

Momification.

Nous ne nous sommes occupés jusqu'ici que des faits dans lesquels les fœtus morts dans le sein de leur mère subissent cette transformation physico-chimique, qu'on désigne sous le nom de *putréfaction*. Nous avons vu que, selon l'intervention ou la non intervention d'un agent spécial, l'air, les altérations sont complètement différentes; mais nous n'avons pas encore terminé l'étude complète des transformations que le fœtus peut subir dans ces circonstances.

Il existe, en effet, dans la science des observations dans lesquelles on voit les fœtus subir après leur mort et pendant leur séjour dans l'utérus une sorte d'atrophie. La grossesse continue, et lorsque l'accouchement se produit à terme, le fœtus expulsé n'a qu'un développement physique bien inférieur à celui d'un fœtus de neuf mois.

Il peut même arriver que, dans des grossesses doubles, l'un des fœtus seul continue à se développer; l'autre meurt, subit la transformation spéciale dont nous parlons, et tous deux ne sont expulsés qu'à terme. Le fait suivant, dû au Dr Marye (1), en est une preuve :

Observation XIV.

Mme X..... accouche à terme d'un enfant vivant. La grossesse est gémellaire, et la seconde poche, contenant des eaux verdâtres, mais non fétides, renferme un enfant du sexe féminin et mort. Ce deuxième fœtus paraît à cinq mois de conception

(1) *Archives de Médecine,* 1830, t. XXIII, p. 259.

et ne présente aucune trace de putréfaction. Il est dans une poche complètement distincte, et ne peut être mieux comparé qu'à un fœtus conservé dans l'alcool.

Depuis longtemps, de pareils faits ont été signalés. Ainsi Vincent Alvario (1) parle d'un fœtus mort, qui ne fut expulsé qu'après le neuvième mois de grossesse, et qui, complètement desséché, paraissait en avoir quatre.

Deneux (2) a vu une dame qui, étant enceinte de quatre mois, fut culbutée dans une rixe. Elle n'avait pris aucune précaution et avait mené sa grossesse jusqu'à terme. Les douleurs étant survenues, les eaux écoulées, Deneux fut fort surpris de rencontrer à l'orifice utérin un corps étranger, tout hérissé d'aspérités et mobile. Il l'attira au dehors, et il reconnut que c'était le corps d'un fœtus mort depuis longtemps. La peau était comme tannée; il était d'ailleurs tellement aplati, que la tête n'avait pas l'épaisseur d'une grosse pièce de deux sous.

Les deux Observations suivantes sont absolument analogues.

Observation XV.

En 1825, une femme enceinte de trois mois et demi, en luttant avec son mari, fut renversée ; elle fut prise aussitôt de douleurs abdominales. Je la fis coucher, je pratiquai une saignée, et je m'attendais à une fausse couche; toutefois, quinze jours s'étant passés sans aucun accident, j'appelais Désormeaux, qui toucha la femme. Il ne trouva aucune menace d'avortement. L'accouchement eut lieu quatre mois et demi après. Le fœtus, mort depuis longtemps, était petit, desséché, ratatiné, comme s'il avait été mis dans l'alcool. Le placenta avait, au contraire, le développement qu'il a à neuf mois de grossesse.

(1) *De abortu*, in-4°; Roma, 1627.
(2) *Gazette médicale de Paris*, 1835.

OBSERVATION XVI [1].

Une dame de quarante ans, enceinte pour la septième fois, était arrivée au septième mois de sa grossesse. Le 11 février 1853, sans cause connue, elle eut une perte utérine très abondante. Les bruits du cœur fœtal cessèrent aussitôt, et la malade guérit.

Le 11 mars survient une nouvelle hémorrhagie, enfin le 11 avril le travail commence; il marche avec lenteur et est achevé le 12. Une violente douleur détermine la rupture des membranes, qui contiennent une pinte de liquide de l'aspect et de la consistance du lait, où flotte un fœtus mort, sec et flétri, de six mois environ.

Ni le placenta, ni les membranes, pas plus que le fœtus, ne répandent aucune odeur désagréable.

Un Mémoire important sur la mort du fœtus dans les premiers mois de la grossesse, l'utérus conservant le produit de la conception, a été publié par le Dr Gennaro Galbiati [2].

L'auteur a recueilli lui-même trois observations qui peuvent se résumer comme il suit : menaces sérieuses d'avortement à des époques plus ou moins avancées de grossesses très évidentes. Tout rentre dans l'ordre, et au bout d'un temps plus ou moins long, les femmes accouchent d'enfants ne paraissant avoir que l'âge qu'ils avaient au moment où étaient survenues les premières menaces d'avortement.

L'*Osservatore medico* (de Naples), à propos des observations du Dr Galbiati, a rapporté [3] un cas dans lequel le fœtus avait été gardé ainsi onze mois. En 1827, il en avait cité un autre où le fœtus était resté onze ans dans la matrice.

[1] Dr Marye; *Dublin Quartely journal of medical Sciences*, août 1855.

[2] *Bulletin de l'Académie médico-chirurgicale de Naples*, 29 novembre 1834.

[3] *Osservatore medico*; Napoli, 1834.

Enfin, il rappelle un fait bien plus curieux encore d'une femme qui, depuis cinquante et un ans, se croyait enceinte, et à l'autopsie de laquelle on trouva, en effet, un fœtus complètement desséché dans l'utérus.

Il existe, dans les annales de la science, un certain nombre de faits analogues à ceux-ci. J'ai eu moi-même la bonne fortune d'en observer un qui, je crois, se rapproche beaucoup des précédents, et que je vais rapporter ici avec tous ses détails.

Obs. XVII. — *Avortement à six mois. — Mort du fœtus* (in utero) *datant d'un mois et demi environ. — Disposition spéciale du cordon ombilical. — Nécropsie.*

L......... (Marie), âgée de trente ans, domestique, née à Cahors (Lot), est admise à la Clinique d'accouchements, lit n° 10, le 9 décembre 1866. Cette fille, qui est enceinte pour la première fois, a eu sa dernière époque menstruelle du 1er au 5 mai 1866. Sa grossesse remonte, par conséquent, à six mois environ.

Il y a un mois et demi environ que Marie L.......... n'a plus senti remuer son enfant, ce qui l'a fort étonnée. Son ventre a continué à se développer, mais beaucoup moins cependant qu'il n'eût dû le faire; il était, en outre, très flasque et allait de côté et d'autre selon la position de la malade. En outre, depuis que l'enfant ne remuait pas, les seins avaient diminué de volume, la malade avait eu assez souvent des coliques, et de temps en temps quelques petits accès de fièvre.

Le 9 décembre, à sept heures du soir, les coliques que la malade avait déjà éprouvées à plusieurs reprises devinrent plus vives, et à onze heures et demi elle accoucha.

L'interne qui assistait à l'accouchement remarqua que les eaux étaient assez fortement colorées en rose, mais sans fétidité marquée. Il observa, en outre, que le cordon passait dans le pli génito-crural et était très fortement tiraillé.

L'enfant, du sexe féminin, pèse 380 grammes. Il est loin d'avoir le développement d'un fœtus de six mois; et comme la

malade affirme qu'elle est enceinte depuis cette époque, que, d'un autre côté, elle fait remonter la mort de son enfant à un mois et demi environ, il est possible d'admettre, ainsi que je chercherai à le prouver, une sorte d'atrophie.

L'état que présente ce fœtus est, en effet, tout à fait spécial.

Le placenta est mou, décoloré, et les mambranes s'enlèvent très facilement de la face fœtale.

Le cordon, d'une couleur grise foncée, offre une singulière disposition : les vaisseaux se distribuent directement sur les membranes, comme dans les cas de Benckiser; en outre, il est très grêle dans toute son étendue, mais, vers la partie moyenne et dans une étendue de huit centimètres, son volume ne dépasse pas celui d'une grosse aiguille à brocher. Le calibre des vaisseaux est complètement effacé, et il m'est impossible de faire pénétrer dans leur intérieur le plus petit stylet.

La partie située en avant de cette partie rétréeie, du côté du placenta, contient encore un peu de sang dans les vaisseaux; la partie située du côté du fœtus est complètement exsangue. En aucun point, le cordon n'est le siége d'une infiltration sanguinolente.

Le fœtus offre, sur tout son corps, une coloration uniforme, que je ne puis mieux comparer qu'à celle de la viande de bœuf qui a été bouillie pendant longtemps. Le petit cadavre offre assez de résistance et ne s'aplatit pas sur lui-même. Je remarque seulement tout d'abord que le cuir chevelu offre des plis très nombreux, et qu'il est assez ample pour envelopper une tête beaucoup plus volumineuse que celle de l'enfant que j'ai sous les yeux.

L'épiderme est partout très adhérent; sur aucun point du corps je ne remarque de bulle remplie de sérosité sanguinolente.

Le fœtus est d'une maigreur extrême ; les côtes et les autres os se dessinent sous la peau. On aperçoit, presque par transparence, la cage thoracique ; l'abdomen est aplati.

La peau et le tissu cellulaire sont comme desséchés; il n'existe de sclérème en aucun point.

Sous le cuir chevelu si lâche, à peine quelques traces de sérosité sanguinolente.

Le périoste des os du crâne se détache avec une extrême facilité.

Le cerveau remplit à peine la moitié de la boîte crânienne. Les circonvolutions sont à peine appréciables. Le cerveau conserve sa forme ; mais, dès qu'on veut l'enlever de sa boîte, il s'écrase sous forme d'une bouillie épaisse, grisâtre.

Les yeux, extrêmement petits, ne contiennent qu'une très minime quantité d'humeurs; le cristallin et la cornée sont rosés.

Il n'existe qu'une assez faible quantité de sérosité dans la poitrine et dans l'abdomen ; elle est très foncée.

D'une manière générale, les viscères ont un volume inférieur à celui qu'ils devraient avoir. Ainsi, les poumons et le cœur remplissent à peine la moitié de la cavité thoracique.

Ils sont violets, mous et sans résistance aucune sous le doigt qui les presse. Les poumons, mis dans l'eau, plongent immédiatement.

Le canal artériel et le trou de Botal sont largement ouverts.

Le foie a subi la diminution de volume que j'indiquais pour les viscères thoraciques. Sa couleur est sépia claire. Le péritoine qui le recouvre s'enlève avec la plus grande facilité, et sa mollesse est assez grande pour que la moindre pression du doigt le réduise en bouillie.

L'estomac et les intestins, d'un brun foncé, sont assez mous pour se déchirer à la plus petite traction.

La vessie n'offre rien à signaler; les reins sont, comme les viscères précédents, d'une extrême mollesse.

Cette troisième forme des altérations possibles d'un fœtus mort dans la cavité utérine est donc parfaitement établie, et on ne peut nier que sous des influences que nous allons tâcher d'apprécier tout à l'heure, le corps du fœtus, au lieu de se gorger de liquide, n'arrive, au contraire, à un état de dessiccation, de momification plus ou moins complète.

C'est surtout la peau qui donne dans ces circonstances les renseignements les plus précieux et les plus immédiats. La coloration est toute spéciale ; elle n'a pas, en effet, cette

teinte violette qui résulte de l'imbibition par de la sérosité sanguinolente, et au lieu d'être humide, gluante, de se dépouiller facilement de son épiderme, elle est sèche, comme tannée, en tout semblable à celle des fœtus qui ont macéré pendant longtemps dans l'alcool. Nous n'observons plus ici cet affaissement du petit cadavre qui est si manifeste et qui se produit si rapidement dans d'autres circonstances; les formes sont d'autant mieux conservées que le tissu cellulaire a peu à peu complètement disparu, et que la peau est immédiatement accolée aux muscles.

La coloration du fœtus est uniforme sur tous les points, et nous ne trouvons pas ici les diverses nuances qui nous ont servi précédemment à établir l'époque à laquelle on peut faire remonter la mort du fœtus.

La quantité de sérosité sanguinolente exhalée dans les diverses séreuses est très minime, très foncée, et la coloration rosée des humeurs de l'œil est à peine marquée.

D'une manière générale les viscères sont comme atrophiés, et leur volume est bien inférieur à celui que comporterait le développement du fœtus; ils sont enfin d'une grande mollesse.

Ces diverses altérations, que j'ai observées dans l'Observation qui m'est personnelle, doivent nécessairement varier avec le temps pendant lequel le fœtus séjourne dans l'utérus. Les altérations suivent une marche inverse que dans les deux premières formes, et les fœtus arrivent insensiblement à un état d'atrophie et de dessiccation complète, comme dans les Observations de Vincent Alvario, du docteur Marye, etc.

Je n'ai pas, à ce sujet, des données positives suffisantes pour me prononcer d'une façon certaine, mais je doute que ces altérations seules puissent fournir au médecin légiste des renseignements suffisants. Je crois qu'en présence d'un fœtus qui aura subi cette singulière transformation, ce sont sur-

tout les commémoratifs qui éclaireront l'expert. Il devra s'enquérir avec grand soin des accidents que la mère a pu présenter pendant sa grossesse, de l'époque à laquelle sont survenues quelques menaces d'avortement, quelques hémorrhagies, etc. Si par hasard la mère est inconnue et que le fœtus soit présenté seul et sans renseignements, le médecin légiste se montrera, dans ces cas difficiles, très sobre de conclusions précises.

Aucun des auteurs que j'ai déjà cités et qui nous ont fourni les observations rapportées plus haut, n'a, que je sache, cherché à pénétrer la cause intime de ces sortes d'altérations, et à savoir pourquoi tel fœtus, au lieu de subir cette transformation spéciale étudiée dans nos premières Observations, se desséchait et s'atrophiait. J'ai pensé que pour le fœtus qui fait le sujet de l'Observation XVII, la cause de cette dessiccation pouvait se trouver dans la disposition du cordon ombilical. Il ne faut pas oublier, en effet, que cet organe offrait une singulière disposition. Il était très grêle dans toute son étendue, et vers sa partie moyenne, dans une longueur de huit centimètres, son volume ne dépassait pas celui d'une aiguille à tricoter. Enfin, circonstance importante, le calibre des vaisseaux était complètement effacé.

Ne peut-on pas voir dans cette disposition et dans l'absence absolue de la circulation du fœtus, la cause des altérations que j'ai signalées? Pour ma part, je suis porté à le croire. Mais je ne donne ici qu'une opinion toute personnelle, car, non seulement je ne l'ai trouvée reproduite nulle part, mais malheureusement je n'ai pu trouver dans aucune des Observations analogues à la mienne, la description du cordon ombilical; c'est donc là bien évidemment une étude à poursuivre, car il serait intéressant de savoir si c'est à l'absence complète de la circulation qu'il faut rapporter ces transformations des fœtus.

Le fait suivant, dû au Dr Watkinson (1), et dans lequel un pied complètement séparé et flottant librement dans les eaux de l'amnios, a pu se conserver jusqu'à terme sans putréfaction, appuie, ce me semble, cette manière de voir.

Il s'agit d'une femme accouchée à sept mois d'un enfant vivant, qui succomba au bout d'une heure. Le pied gauche de cet enfant avait été complètement séparé pendant la gestation, probablement par le cordon. Les sections étaient cicatrisées et rien n'indiquait qu'il se fût fait une hémorrhagie du membre amputé. Le pied gauche, séparé, flottait librement dans les eaux de l'amnios; plus petit que le droit, il n'offrait aucune trace de putréfaction. En le comparant à l'autre pied, Watkinson jugea qu'il avait été séparé depuis deux mois environ.

Si, au contraire, la suppression de la circulation n'est pas complète et s'il existe seulement une constriction assez forte pour diminuer la circulation, les altérations qui en résultent sont bien différentes, comme le prouve le fait suivant du Dr Owen (2).

Il s'agit d'un enfant mort peu de temps avant sa naissance, dont le bras droit était sphacélé et en putréfaction. Ce sphacèle et cette putréfaction étaient occasionnés par une assez forte constriction exercée, par le cordon, à la partie supérieure du bras.

Quoi qu'il en soit, et pour résumer tout ce qui vient d'être dit, je suis fondé à poser en terminant ce chapitre les conclusions suivantes :

1° Les fœtus qui séjournent après leur mort dans la cavité utérine, peuvent subir trois sortes d'altérations :

(1) *The London Medical and Physical journal;* July, 1825.
(2) *Provincial Med. and Surgical journal,* 15 octobre 1851.

Une première caractérisée surtout par l'imbibition sanguinolente des tissus et des organes, et une décomposition spéciale : — *Macération.*

Une deuxième, dans laquelle, grâce à la présence de l'air, le fœtus subit une véritable *putréfaction.*

Une troisième dans laquelle, probablement à cause de l'absence complète de toute circulation, les fœtus s'atrophient et se dessèchent : — *Dessiccation ou momification.*

2° Dans le premier cas, les altérations ont une marche assez fixe pour que le médecin légiste puisse, d'après leur seule inspection, fixer d'une manière à peu près certaine l'époque de la mort du fœtus.

Dans le second et dans le troisième, les commémoratifs devront entrer pour beaucoup dans les signes au moyen desquels l'expert établira ses conclusions.

CHAPITRE III.

Des altérations que subissent dans l'eau les fœtus morts pendant le travail.

J'ai cru intéressant d'étudier les altérations que subissent dans l'eau les fœtus morts pendant le travail, afin de pouvoir les comparer avec celles que nous avons étudiées dans le Chapitre précédent.

A cet effet, j'ai pris des fœtus morts avant la fin de l'accouchement ou qui ont succombé un instant après leur naissance, sans avoir respiré, et des enfants qui ont vécu un certain temps. Tous ont été plongés dans des vases remplis d'eau et très suffisamment larges pour les contenir. Ils

étaient retenus sous l'eau par un poids qui ne leur permettait pas de surnager.

Dans quelques cas cependant et malgré ces précautions, les fœtus ont surnagé, et il s'est produit une nouvelle série d'altérations qu'il est important de connaître.

J'ai en outre examiné ces petits cadavres à des intervalles plus ou moins éloignés, et les examens successifs que j'ai faits permettent d'apprécier les altérations qui se sont produites à diverses époques.

Je considère comme inutile de rapporter en détail toutes les Observations que j'ai recueillies, et je me borne à reproduire les trois suivantes :

Obs. XVIII. — *Femme primipare. — Présentation du sommet en position occipito-postérieure gauche. — Application de forceps. — Enfant mort. — Submersion dans l'eau. — Examens successifs. — Nécropsie le douzième jour.*

D........ (Jeanne), âgée de vingt-six ans, domestique, primipare, née à Fraysse (Dordogne).

Cette fille, enceinte depuis les derniers jours du mois de novembre 1865, a eu une grossesse très heureuse.

Le travail commence dans la journée du 28 août 1866; il est complètement établi le 29, vers une heure de l'après-midi.

Les douleurs sont rares, mais portent mal, bien qu'elles soient assez fortes. La poche des eaux se rompt à onze heures du soir.

A ce moment, et alors que la dilatation n'était pas tout à fait complète, on administre près de 2 grammes d'ergot de seigle en deux prises. Les douleurs sont beaucoup plus fortes, mais le travail ne marche pas.

Je vois la malade pour la première fois à la Clinique d'accouchements le 30 août, à trois heures du matin.

La tête est légèrement engagée dans l'excavation; la dilatation est complète; mais il existe sur la portion qui fait saillie une tumeur sanguine si volumineuse, que je ne puis reconnaître aucune position.

Les contractions de l'utérus sont permanentes, comme tétaniques; pas de franches douleurs.

Les battements du cœur fœtal s'entendent extrêmement faibles, à gauche, au niveau de l'ombilic. La malade est épuisée.

Je fais immédiatement une application directe de forceps. La tête se dégage, le front en avant et l'occiput en arrière; le mouvement de restitution se fait à gauche.

Le cœur bat faiblement pendant quelques minutes; puis l'enfant meurt, malgré tous les moyens mis en usage pendant plus d'une demi-heure, sans avoir fait une seule inspiration, sans avoir poussé même un faible cri.

Le 30 août, à dix heures du matin, l'enfant, du sexe féminin, qui pèse 3,200 grammes, est placé dans l'eau. Une pierre, retenue par une ficelle passée autour du corps, l'empêche de surnager. Il n'y a, pour le moment, rien à signaler dans l'habitude extérieure du petit cadavre, qui est placé horizontalement dans le vase. Température : 19°.

Premier examen le 4 septembre 1866, à cinq heures du soir (sixième jour). — Température moyenne du 31 août au 5 septembre, 17°.

Ce qui me frappe tout d'abord, c'est une légère augmentation de volume du ventre, et surtout un endurcissement très manifeste, comme sclérémateux, de la peau; c'est un œdème dur, généralisé, surtout marqué à la face et aux membres, et conservant l'empreinte du doigt.

L'épiderme des orteils, des doigts, de la plante des pieds et de la paume des mains, présente cet aspect macéré, spécial aux points sur lesquels ont été tenus pendant assez longtemps des cataplasmes : c'est une véritable imbibition.

Le front, la partie antérieure du cou, les faces latérales du thorax et toute la partie postérieure du tronc, offrent une coloration rosée très évidente. Les lèvres, un peu gonflées, ont conservé la teinte un peu livide qu'elles avaient au moment de l'immersion.

L'épiderme est très adhérent sur toute la surface du corps. Il se détache cependant, mais seulement au moyen d'un fort pincement, sur les parties qui offrent la coloration rosée signalée plus haut.

Cette coloration, beaucoup plus évidente sur le ventre, autour de l'ombilic, que partout ailleurs, s'étend un peu sur le point du cordon qui touche à la paroi abdominale. A ce niveau, le cordon est très sensiblement rétréci, quoique encore très adhérent. Sur tout le reste de sa longueur, qui mesure 12 centimètres, il est moins volumineux qu'il ne l'était au moment de la naissance; il a perdu son aspect nacré et son apparence contournée; il est plutôt aplati. La ligature posée à son extrémité au moment de la naissance tient encore très fort. Les deux ou trois centimètres situés en avant de cette ligature ont un peu augmenté de volume.

Deuxième examen le 9 septembre 1866, à cinq heures du soir (douzième jour). — Température moyenne du 4 au 9 septembre, 16°.

Depuis quinze ou seize heures environ, le vase dans lequel l'enfant est plongé laisse échapper l'eau qu'il contient; de sorte que depuis ce matin tout le côté gauche du tronc et de la face sont à l'air. Ces parties sont d'un vert très marqué. Tout le reste de la surface du corps a à peu près le même aspect que précédemment. La teinte rosée que j'avais signalée au moment du premier examen a un peu augmenté, surtout sur le ventre; l'épiderme s'enlève partout avec facilité. Au niveau de l'épigastre, il est soulevé par du liquide de couleur rosée : il existe à ce niveau une bulle du volume d'une noix.

L'induration sclérémateuse du tissu cellulaire sous-cutané a disparu, si ce n'est à la joue droite.

Les parties qui sont restées exposées à l'air sont le siége d'un emphysème très marqué. Cet emphysème s'étend sous la peau de la paroi antérieure du thorax, et il existe aussi une certaine quantité de gaz dans l'abdomen.

Le cordon est à peu près dans le même état que lors du précédent examen; il est plus aplati et a perdu complètement toute trace de torsion.

Sous le cuir chevelu, qui est soulevé par des gaz, on ne trouve aucun épanchement de sang.

Une fois les os du crâne incisés, on voit le cerveau s'écouler sous forme d'une bouillie épaisse rosée, n'ayant presque aucune odeur.

Les yeux n'offrent rien à signaler.

Les lèvres sont tuméfiées, la langue est notablement augmentée de volume, et fait saillie entre les arcades alvéolaires. Pas de moisissures à sa surface.

Rien à signaler du côté du thymus.

Pas de sérosité sanguinolente dans les plèvres.

Les poumons sont d'un violet foncé, assez durs, si ce n'est à la base; ils offrent tout à fait l'aspect de l'état fœtal, et ne surnagent en aucun de leurs points.

Le cœur est mou, sans taches ecchymotiques à sa surface. Trou de Botal et canal artériel presque complètement oblitérés. Rien dans la cavité péricardique.

Pas de sérosité sanguinolente dans l'abdomen. Le foie, assez volumineux, est d'un brun foncé, presque noir. Il est extrêmement mou et aussi coloré à son intérieur qu'à sa superficie, de laquelle le péritoine se détache très facilement, entraînant avec lui des lambeaux de tissu hépatique. Il faut ajouter que le péritoine qui tapisse la face convexe du foie est soulevé par de nombreuses bulles de gaz; il est comme insufflé.

On trouve encore des gaz dans le tissu cellulaire périnéphrétique; mais les reins eux-mêmes n'offrent rien à signaler, pas plus que la rate.

L'estomac et l'intestin grêle sont flasques, très mous, aplatis. En saisissant entre les doigts leur membrane séreuse, on en entraîne d'assez grands lambeaux. Ils offrent une coloration d'un jaune sale, terreux.

Le gros intestin, beaucoup moins mou que l'intestin grêle, est rempli de méconium.

La vessie est complètement vide, et n'offre rien à signaler.

Le développement des gaz dans la cavité péritonéale a été tel, qu'il a repoussé la matrice et les ovaires, qu'on aperçoit à la vulve presque en dehors

Obs. XIX. — *Accouchement à sept mois et demi. — Mort de l'enfant après trente-six heures. — Submersion dans l'eau pendant quinze jours. — Examens successifs. — Nécropsie.*

D....... (Hermance), âgée de dix-sept ans, couturière, née à Bordeaux, entre à la Clinique d'accouchements le 10 avril 1866, à dix heures du matin.

D'un tempérament lymphatico-nerveux et d'une bonne conformation, cette fille a été réglée pour la dernière fois le 9 août 1865; elle affirme n'avoir pu devenir enceinte que le 14 août.

La marche de cette grossesse, qui est la première, a été parfaitement régulière jusqu'au 9 avril 1866.

Ce jour-là, à huit heures du soir, H. D....... a eu une grande frayeur; elle a continué à sentir remuer son enfant toute la nuit, et elle a même remarqué que ses mouvements étaient plus violents et plus tumultueux.

Le 10 avril, à sept heures du matin, légères coliques; à huit heures, écoulement de sang qui l'inquiète, et pour lequel elle vient demander son admission à la Clinique.

L'accouchement a lieu naturellement, le mercredi 11 avril 1866, à quatre heures du matin.

L'enfant meurt le 12, à deux heures du soir.

Premier examen le 13 avril, deux heures du soir (vingt-quatre heures après la mort). — Sexe féminin; poids, 1,650 grammes; longueur totale, 44 centimètres; du synciput à l'ombilic, 23.

Rigidité cadavérique très prononcée. Pas de traces de sclérème sur aucun point du corps.

Coloration jaunâtre de la peau de la face, blanc mat de presque tout le reste du corps. Lividités cadavériques légères à la nuque et aux lombes. Plaque violacée très manifeste sur tout le côté droit de l'abdomen.

Le cordon est flétri, ridé, mou, plus humide et moins sec qu'il ne l'est au deuxième jour de la vie des enfants.

L'enfant est plongé dans l'eau le 13 avril, à trois heures du soir.

Deuxième examen le 15 avril, deux heures du soir. — Rien à signaler de nouveau, si ce n'est que, autour du cordon, la peau de l'abdomen présente une très légère teinte d'un vert clair.

L'épithélium est très adhérent sur toute la surface du corps.

Le cordon est mou, gluant, un peu augmenté de volume.

La teinte rosée légère déjà signalée s'est étendue à toute la surface des membres inférieurs.

Troisième examen le 18 avril, deux heures après midi. — La

raideur cadavérique a complètement disparu. Il existe un endurcissement très notable, comme sclérémateux, de tout le tissu cellulaire de la face et des membres.

Le cordon est dans le même état.

La teinte verte de l'abdomen a un peu augmenté. Même coloration que précédemment sur tout le reste de l'étendue du corps.

Quatrième examen le 28 avril. — En découvrant le vase, je m'aperçois que l'enfant surnage : le plan latéral droit est en haut.

Il répand une odeur infecte et nullement en rapport avec celle que répandrait ce petit cadavre, si l'immersion avait été complète.

La face est tuméfiée, et le corps a très sensiblement augmenté de volume. Comme aspect extérieur, ce cadavre rappelle celui des noyés qui ont séjourné quelques jours dans l'eau.

Teinte verte générale, surtout prononcée sur l'abdomen et au niveau des points qui surnageaient (plan latéral droit).

L'épiderme s'enlève partout très facilement. Au dessous on trouve le derme luisant et gluant. Sur l'abdomen, il existe une bulle très volumineuse, se continuant jusque derrière le dos, et remplie d'une sérosité très franchement sanguinolente.

L'eau du vase, dans lequel le fœtus était contenu, renferme elle-même une assez grande quantité de globules sanguins.

Le cuir chevelu est épaissi et infiltré. Pas de traces d'épanchement sanguin au dessous de lui. Le périoste des os de la tête se décolle très facilement.

Le cerveau est complètement fluide ; il s'écoule sous la forme d'une bouillie rosée.

Les yeux sont très mous et ont complètement perdu leur transparence ; les humeurs ne sont pas colorées en rouge.

La langue tuméfiée n'est le siége d'aucune moisissure.

Les cavités thoracique et abdominale ne contiennent ni l'une ni l'autre de sérosité sanguinolente ; mais cette dernière renferme manifestement une assez grande quantité de gaz.

Thymus sans lésions apparentes.

Les poumons, très fortement violacés, sont assez consistants, et crépitent sous le doigt et à la coupe. Pas d'emphysème sous-pleural ; les poumons surnagent dans tous leurs points.

Canal artériel déjà très notablement rétréci.

Le cœur, d'un violet foncé comme les poumons, est extrêmement mou. Le péricarde viscéral s'enlève très facilement. Pas de sérosité sanguinolente dans la cavité péricardique.

Le péritoine qui recouvre la surface convexe du foie est soulevé par des gaz. Le foie, d'un noir foncé, est tellement mou qu'il ne garde plus aucune trace de texture, et qu'il se désagrège sous l'action d'un filet d'eau.

La rate a le même aspect extérieur que le foie, mais elle n'est pas aussi molle.

L'estomac, ratatiné, très mou, affaissé sur lui-même et d'une coloration livide dans tous ses points, contient une matière noire à odeur infecte.

L'intestin grêle, très distendu par des gaz, a perdu toute espèce de réaction. Dès qu'une ponction a évacué les gaz qu'il contient, il s'affaisse. La coloration rosée qu'il a à l'état normal est remplacée par une coloration jaunâtre. Il est moins mou que l'estomac, et surtout que le gros intestin, qui se déchire à la moindre traction.

Les reins offrent l'aspect et la coloration violette du premier degré de la néphrite albumineuse; ils sont mous.

La vessie est vide, sans altérations apparentes.

Enfin, la peau de toute la surface du corps est le siége d'une infiltration très marquée.

Obs. XX. – *Accouchement naturel à terme. — Mort de l'enfant au bout de deux heures. — Immersion dans l'eau. — Examens successifs. — Autopsie le vingt et unième jour.*

L....... (Jeanne), trente-deux ans, domestique, célibataire, née à Saint-Hubars (Haute-Vienne).

Cette fille, d'une bonne constitution, a déjà été enceinte une première fois il y a quatre ans; à cette époque, elle accoucha à terme d'un enfant vivant du sexe féminin.

La marche de cette dernière grossesse a été régulière. L'enfant est venu par le sommet en première position, et l'accouchement a eu lieu le 30 avril, à dix heures du matin. — Délivrance naturelle.

L'enfant, du sexe féminin, meurt d'hémorrhagie par le cordon deux heures après sa naissance, bien que toutes les précautions eussent été prises pour éviter cet accident, qui a été presque foudroyant.

Le cordon est cependant parfaitement normal et mesure quarante-neuf centimètres de longueur.

J'examine l'enfant aussitôt qu'il m'est apporté, c'est à dire le 1er mai 1866, à deux heures après midi, et je constate ce qui suit :

L'enfant pèse 3,500 grammes et a la peau d'une extrême pâleur. — Pas de traces de bosse sanguine crânienne; pas de rigidité cadavérique.

Le côté droit de la tête sur lequel l'enfant repose est un peu livide; deux bandes livides sur les côtés de la face postérieure du tronc. L'enfant est resté couché sur le dos depuis sa mort.

Il est plongé dans l'eau, et maintenu au fond du vase au moyen d'un poids considérable.

Deuxième examen le 4 mai, à dix heures du matin. — L'enfant a un peu surnagé; la face latérale droite du dos est à l'air et a une teinte légèrement rosée.

Toujours autant de raideur cadavérique.

Œdème dur généralisé; le doigt laisse, par sa pression, son empreinte sur tous les points du corps. — Rien autre chose à signaler.

L'enfant est replacé dans l'eau, de façon, cette fois, à ce qu'il ne puisse plus surnager.

Troisième examen le 12 mai 1866, à cinq heures du soir. — Le petit cadavre n'a plus surnagé.

Augmentation très notable et générale de son volume; il est infiltré de partout.

La peau du thorax est soulevée par des gaz, et l'abdomen est très tendu. La coloration violette du dos et de la nuque a à peine augmenté; elle se prononce davantage sur la face, qui est très tuméfiée.

La dureté sclérémateuse est beaucoup moins prononcée; l'empreinte du doigt ne reste pas aussi facilement.

Sur les deux paupières supérieures, je trouve deux bulles remplies de sérosité sanguinolente, en tout semblables à celles des fœtus qui ont macéré *in utero*.

Nécropsie le 21 mai, à dix heures du matin. — L'enfant n'a pas surnagé et offre un aspect tout spécial. Il est comme insufflé de partout, car il s'est fait un développement considérable de gaz dans les mailles du tissu cellulaire. Le cuir chevelu lui-même est soulevé par une assez grande quantité de gaz, qui s'échappe quand on pratique des incisions.

L'épiderme s'enlève partout facilement. Sur la cuisse droite et sur l'avant bras du côté opposé, il existe quatre ou cinq petites bulles remplies d'une sérosité légèrement sanguinolente.

La coloration livide du dos n'a guère augmenté; elle est plus manifeste sur le front, les lèvres, les joues et les oreilles.

Macération manifeste de la peau des mains et des pieds; elle offre l'aspect qu'offre la peau de ces parties quand on a longtemps maintenu sur elles des cataplasmes.

Pas d'épanchement de sérosité sanguinolente sous le cuir chevelu.

Le périoste se détache des os du crâne avec la plus grande facilité. Cerveau complètement liquide. Ce n'est plus qu'une épaisse bouillie jaunâtre striée de petits filets rouges.

Œil. — La cornée est très épaissie, non transparente; pas de coloration rosée des tumeurs de l'œil. Le cristallin a conservé son aspect normal.

La langue est tuméfiée, mais sans moisissures.

Je ne trouve dans les cavités thoraciques et abdominales qu'une quantité insignifiante de sérosité d'une couleur rosée très claire. Il existait, par contre, dans l'abdomen, une très grande quantité de gaz.

Le thymus est très volumineux; il est comme infiltré, et à la coupe il laisse écouler beaucoup d'eau. Je trouve une certaine quantité de gaz sous sa membrane d'enveloppe.

La plèvre viscérale elle-même est aussi soulevée par des gaz.

Les poumons crépitent et surnagent; leurs faces postérieures sont d'un violet très foncé; sur tous les autres points, la coloration est moins intense, leur mollesse est assez prononcée.

Pas d'épanchement sanguin dans le péricarde.

Le cœur est flasque, sans mollesse exagérée, violacé et plein de caillots.

Lo foie, très mou, est d'un jaune d'ocre foncé. Toute la séreuse qui recouvre sa faeo eonvexo est soulevée par des gaz. On dirait une véritable insufflation.

La rato n'offre rien à signaler.

L'intestin grêle est rempli de gaz et très fortement distendu dans sa moitié supérieure. Sa moitié inférieure est moins dilatée et plus molle.

Le tissu cellulaire péri-néphrétique est distendu par des gaz. Les reins sont violets et ramollis.

La vessie est saine.

Le tissu cellulaire des membres est infiltré par une assez grande quantité d'eau.

Les muscles n'offrent aueune altération.

Dans le fait suivant, les altérations sont encore plus avancées. Il est vrai qu'ici le fœtus se trouvait dans des conditions bien différentes de celles où étaient placés les fœtus des trois Observations précédentes.

Obs. XXI. — *Rapport sur le cadavre d'un enfant nouveau-né qui avait séjourné longtemps dans la rivière de Fulda;* par le Dr Schneider [1].

Le 13 mai 1833, on trouva dans la rivière de Fulda un enfant nouveau-né. M. Selmeider fut chargé d'en faire l'examen médico-légal.

A. *Examen extérieur.* — La longueur du eorps de l'enfant, de sexe mâle, qui offrait d'ailleurs l'aspeet de la maturité, était de 1 pied 8 pouees. Il pesait cinq livres et un quart.

Le cadavre était déjà parvenu à un haut degré de putréfaction; la face était méconnaissable; les téguments étaient en pleine décomposition putride; les extrémités dépouillées de leur épiderme et corrodées par les vers.

Le flane ganehe présentait une large ouverture qui livrait passage à la plus grande partie des gros intestins et des intes-

[1]) Extrait du tome XX des *Annales de Médecine légale de Henle.*

tins grêles. Ils étaient presque entièrement remplis de méconium.

Après avoir enlevé les téguments du crâne, on reconnut au côté gauche, dans la région du pariétal et du frontal, un épanchement considérable. Toutefois, il n'y avait extérieurement aucune trace de fractures.

La cavité buccale ni l'anus n'offraient aucune lésion; mais la tête était très mobile. On enleva les muscles de la nuque, parvenus à un haut degré de putréfaction, et on trouva que les vertèbres cervicales étaient intactes et dans leur situation normale.

B. *Examen de la cavité crânienne.* — En ouvrant cette cavité, la masse cérébrale diffluente sortit en entier; de sorte qu'il fut impossible de se livrer sur cette partie à la moindre investigation médico-légale.

La même chose eut lieu à C, *l'ouverture du ventre.* — Les intestins étaient parvenus à un haut degré de putréfaction. Il fut néanmoins possible, ainsi qu'il a déjà été dit, d'y distinguer le méconium.

D. *Ouverture de la cavité thoracique.* — Cette cavité paraissait avoir résisté le plus aux progrès de la putréfaction. En ouvrant le thorax, on reconnut qu'un peu d'eau avait pénétré dans la trachée. Le thorax était peu affaissé; les poumons étaient saillants et rouges. On les sortit de leur cavité avec le cœur; on les nettoya, et on les plaça dans un seau rempli d'eau de rivière, sur laquelle ils flottèrent librement.

Les poumons ayant été séparés du cœur, le poumon droit surnagea; mais le gauche alla au fond de l'eau. Le poumon droit ayant été divisé, on remarqua, en l'incisant, que sa substance était d'un rouge un peu foncé; il s'en exhala une odeur fétide, et l'on y observa des traces d'une putréfaction commençante. A peine y remarquait-on une légère crépitation; on y reconnut quelques vésicules sanguinolentes. La putréfaction était beaucoup plus prononcée dans le poumon gauche; il était d'un rouge foncé; on n'y remarqua ni crépitation ni vésicules.

Le thymus était en putréfaction, et le cœur était tellement putréfié, qu'il fut impossible de se livrer à des recherches sur l'état de ses cavités et du trou ovale.

Dans les réflexions qu'il place à la suite de cette Observation, le Dr Schneider conclut à l'immersion pendant la vie, et il se fonde surtout pour cela sur l'existence, au niveau du synciput, d'une tumeur sanguine. C'est là une opinion tellement erronnée, à mon avis, que je ne puis la laisser passer sans la discuter. Je considère cette discussion comme d'autant plus à sa place que, après avoir institué des expériences pour contrôler les recherches de M. Blot, je suis arrivé aux mêmes conclusions que ce savant accoucheur.

Les épanchements, les sugillations et les ecchymoses, dit Henke ([1]), sont considérés comme les principaux indices de la vie après la naissance. On part de ce principe que, sans la continuation de la circulation, ces phénomènes ne sauraient se produire.

Les opinions, à cet égard, sont fort divisées :

Hebenstreit, Ludwig, Faselius et *Daniel* considèrent les sugillations, chez les nouveau-nés, comme une preuve de vie.

Haller ([2]) les regarde comme un signe fort incertain.

Buttner et *Metzger* ne les adoptent, comme une preuve de vie, que lorsque la docimasie pulmonaire a établi de son côté que l'enfant a vécu après la naissance.

Jœger attache une grande valeur aux sugillations et aux épanchements, lorsqu'il s'agit d'établir si des violences ont été exercées pendant la vie d'un nouveau-né, et *Koch* soutient qu'une véritable sugillation ne peut avoir lieu que pendant la vie.

Rœderer ([3]) est d'avis que, alors même que des sugillations

([1]) Henke; *Médecine légale,* 19 et 311.

([2]) Haller; *La Génération ou exposition des phénomènes relatifs à cette fonction,* trad. de l'allemand. Paris, 1774.

([3]) Rœderer; *Elementa artis obstetric. In usum prælectionum academicarum.* Gott., 1752.

se remarquent à la tête, elles ne sont pas une preuve que la mère a exercé des violences sur l'enfant. Les sugillations et les tumeurs de la tête établissent seulement que l'enfant a vécu au début de l'enfantement, mais elles laissent dans le doute si la tumeur s'est produite pendant l'accouchement ou si elle a été le résultat de violences criminelles. Toutefois, le premier cas est le plus fréquent.

Rœderer est encore resté au dessous de la vérité.

M. Blot a montré, en effet [1], et on a pu voir, dans mes premières Observations, que des fœtus morts longtemps avant l'accouchement et déjà putréfiés, offraient, au niveau de la partie qui répondait au vide du col, après la rupture des membranes, une tuméfaction œdémateuse constituée par de la sérosité sanguinolente.

A mon sens, la production de ces tumeurs sanguines, que certains auteurs regardaient comme impossibles en l'absence de la circulation, tient surtout à l'action de la pesanteur. Je suis autorisé à le croire, car j'ai pu produire des tumeurs sanguines considérables sous le cuir chevelu de trois enfants morts pendant le travail, et qui n'en présentaient nullement au moment de leur naissance. Il m'a suffi, pour arriver à ce résultat, de suspendre ces enfants par les pieds et de les abandonner vingt-quatre ou quarante-huit heures dans cette position. J'ai obtenu ainsi des tumeurs sanguines énormes.

C'est donc là un phénomène purement physique, et il faut bien se garder de croire avec Rœderer que la circulation du sang et la vie sont nécessaires pour qu'il se produise. La position seule suffit, que le petit cadavre soit d'ailleurs placé à l'air ou dans l'eau.

Les quelques Observations qui précèdent montrent com-

[1] *Bulletin de la Société de Biologie;* mars 1855.

bien l'aspect d'un enfant plongé dans l'eau pendant un temps plus ou moins long est différent de celui d'un enfant qui a séjourné le même temps, après sa mort, dans la cavité utérine. J'avais songé, voulant me placer autant que possible dans des conditions identiques, à recueillir de l'eau de l'amnios pour y plonger les enfants; mais les circonstances ne me l'ont pas permis, et je crois d'ailleurs que je ne serais pas arrivé à des résultats différents.

Aucune des altérations, dont nous trouvons la description dans les Observations précédentes, n'est comparable à ce que nous avons dit dans le Chapitre II des altérations que les fœtus subissent dans le sein de leur mère après leur mort.

Au lieu de l'infiltration sanguinolente du premier cas, nous trouvons une imbibition de la peau et du tissu cellulaire par l'eau du vase, et consécutivement un œdème dur, un véritable sclérème, qui persiste pendant longtemps. L'épiderme ne commence à se détacher facilement qu'au bout d'une douzaine de jours, et seulement, à cette époque, il est soulevé en certains points par de la sérosité sanguinolente.

La coloration de la peau varie peu tant que le cadavre ne surnage pas, et la face prend à peine une légère teinte rosée au bout de plusieurs jours ; mais dès que par l'effet d'une cause quelconque le petit cadavre vient à surnager ou à être retiré de l'eau, les altérations de la peau marchent rapidement.

Il est vrai, comme cela a déjà été indiqué par Casper [1], que, dans ces conditions, les cadavres s'altèrent beaucoup plus vite que ceux qui ont séjourné uniquement à l'air.

J'ai, en effet, laissé se putréfier à l'air, pendant des mois entiers, des cadavres d'enfants, et j'affirme (regrettant de ne

[1] Casper; *Traité de Médecine légale,* trad. de l'allemand par G. Baillière. Paris, 1862.

pouvoir donner tout au long mes Observations) que, dans ces conditions, les altérations étaient moins considérables que sur les cadavres submergés dont une partie du corps était restée quelques heures à la surface de l'eau.

Chez ces derniers, nous retrouvons toutes les altérations décrites par les auteurs de Médecine légale, comme consécutives à la submersion, à part toutefois celles de ces altérations qu'on n'observe que chez les individus qui ont été plongés vivants dans le liquide.

Le corps se tuméfie au lieu de s'affaisser comme celui des enfants morts dans l'utérus; la peau est soulevée par une grande quantité de gaz, et au lieu de la pâleur extrême qu'elle offre chez les cadavres qui sont restés même très longtemps au fond de l'eau, elle prend très rapidement une coloration verte plus plus ou moins foncée. Le cordon subit des transformations que nous décrirons dans le Chapitre suivant. La langue est un peu tuméfiée, beaucoup moins toutefois que chez les individus vivants au moment de la submersion. L'épiderme des mains et des pieds offre tout à fait l'aspect de celui de ces mêmes extrémités, chez les malades qui appliquent depuis plusieurs jours des cataplasmes en ces endroits.

Le cerveau est celui de tous les organes qui, chez les nouveau-nés morts pendant le travail et plongés dans l'eau, se putréfie le plus vite. Avec une légère putréfaction extérieure, le cerveau est déjà décomposé. Il ne remplit plus la cavité crânienne; il est devenu une bouillie plus ou moins fluide, et il s'écoule, dès que l'on sépare les os du crâne, sans que l'on puisse distinguer ses différentes parties.

Les yeux n'offrent jamais, et dans aucune de leurs parties, cette coloration rose constante, et j'oserais presque dire caractéristique, des altérations produites *in utero*.

Les cavités séreuses ne contiennent pas de sérosité sangui-

nolente, et les portions viscérales des séreuses sont soulevées par des gaz. C'est là une altération que j'ai retrouvée constamment.

Les viscères thoraciques sont très ramollis et plus ou moins noirs. Je n'ai jamais retrouvé dans la trachée et dans les bronches du liquide semblable à celui dans lequel était plongé le cadavre, et, à cet égard, je partage l'opinion de Dehaen et de M. Devergie (¹), et je considère comme erronés les résultats obtenus par Orfila, au sujet de l'introduction possible d'une certaine quantité de liquide dans la trachée et dans les bronches d'un individu plongé dans l'eau après sa mort.

Une question importante, qui se présentait naturellement à mon esprit, était de savoir si la docimasie pulmonaire donnait les mêmes résultats chez les fœtus immergés après leur mort que chez les fœtus qui avaient séjourné dans le sein de leur mère, après avoir cessé de vivre depuis plus ou moins longtemps.

La recherche des altérations produites par la putréfaction dans les poumons est d'ailleurs bien ancienne, et les résultats fournis par les divers auteurs se trouvent consignés dans un Mémoire fort intéressant de M. Devergie (²).

Ainsi Fabricius, Eschenbach, Rose, Marc, ont soutenu que les poumons d'un fœtus qui n'a pas respiré peuvent, sous l'influence de la putréfaction dans l'eau, être le siége d'un développement de gaz assez considérable pour opérer leur surnatation complète.

Morgagni fait observer que « *les poumons putréfiés surnagent fort rarement.* »

Mayer (³) soutient que cette surnatation qui se produit, en

(¹) Devergie; *Médecine légale théorique et pratique.* Paris, 1852.
(²) *Annales d'hygiène publique et de médecine légale,* t. IV, 1830.
(³) Mayer; *Analectus ad artem obstetricum pertinencia, etc.* Francf., 1784.

effet, n'est que momentanée, et que les poumons retombent bientôt au fond de l'eau.

Pyl prétend n'avoir jamais réussi à faire surnager des poumons dans les conditions où se sont placés les auteurs cités plus haut.

Buttner parle d'un enfant né le 29 janvier, et dont, au 11 mars, les poumons très putréfiés se précipitaient encore.

Camper (d'Amsterdam), pour faire voir à quel point la putréfaction peut faire des progrès dans un enfant, sans que les poumons surnagent, a fait de nombreuses expériences et a constaté que chez ceux qui étaient morts avant la naissance, la tête pouvait être détruite par la décomposition putride, au point que le moindre contact devenait suffisant pour en détacher les os, ainsi que ceux des bras et des jambes, sans que pour cela les poumons, qui déjà commençaient à se putréfier, surnageassent.

« On peut donc encore, dit Mahon, lors même que le » jeune sujet est presque détruit par la pourriture, faire sur » les poumons diverses expériences, dont on est en droit de » conclure ou que le fœtus a eu vie, soit pendant soit après » l'accouchement, ou qu'il était mort avant cette époque. »

Orfila, répétant les expériences de Camper, a vu que, sur quatre fœtus exposés dans l'eau et à l'air libre, le poumon a surnagé chez un seul.

Cependant, la putréfaction était arrivée au point qu'on ne pouvait attendre une décomposition plus avancée.

Enfin *Camper* et *Orfila* ont immergé dans l'eau des fœtus morts *in utero* pendant un temps qui est allé, dans quelques cas, jusqu'à quatre mois consécutifs, alors que la putréfaction était tellement avancée qu'il ne restait ni thorax ni abdomen; ces auteurs ont encore trouvé des poumons qui se sont précipités au fond du vase.

Les poumons paraissent donc ne devoir subir qu'en dernier

lieu les phénomènes de la putréfaction; mais ils la subissent très rapidement chez les enfants qui, immergés d'abord, sont ensuite abandonnés à l'air.

Toutefois, cette décomposition n'entraîne pas la surnatation. Des gaz se développent, non pas dans les poumons, mais sous les plèvres, et dans les très nombreuses expériences que j'ai répétées, je suis arrivé aux mêmes résultats que les auteurs dont je viens de parler.

Cette production de gaz sous les séreuses se retrouve encore dans l'abdomen; c'est ainsi que le péritoine qui recouvre le foie est soulevé, dans les conditions que nous étudions, par une assez grande quantité de gaz. En outre, tous les viscères contenus dans la cavité abdominale deviennent, au bout d'un certain temps, d'une excessive mollesse, et leur coloration est d'un noir plus ou moins foncé. Je n'ai pas constaté sur eux, dans ces conditions, les changements de teintes que j'ai indiquées dans les Observations du Chapitre II.

Le tube digestif surtout semble s'altérer très vite, et sa mollesse est plus grande après quelques jours d'immersion dans l'eau, qu'après un mois et plus de séjour dans l'utérus.

Il était tel, dans les faits qui me sont personnels, que la moindre traction avec les pinces ou les doigts suffisait pour déchirer ces organes. Ajoutez à cela une coloration grisâtre, ardoisée, plus ou moins foncée, et vous aurez le tableau de ce qu'est, au bout de quelques jours, le tube digestif des enfants placés dans les conditions que nous étudions.

Dans l'estomac et dans les premières portions de l'intestin grêle se retrouve le liquide albumineux, sur la nature duquel je me suis expliqué plus haut; mais conformément à l'opinion de Fine (de Genève), et d'Orfila, j'ai toujours noté l'absence, dans l'estomac de ces enfants, du liquide dans lequel ils étaient immergés. Aussi je me sens porté à admettre, avec

les auteurs déjà cités, que la présence du liquide dans l'estomac des noyés est un signe assez certain d'immersion pendant la vie, puisqu'on ne l'observe jamais sur les cadavres que l'on plonge dans l'eau.

Les autres viscères abdominaux deviennent bientôt d'une coloration foncée. Leur mollesse est encore bien plus grande que celle du tube digestif; cette altération est beaucoup plus marquée sur le foie et la rate, que sur les reins. Elle est à peine appréciable sur l'utérus, qui peut se conserver intact pendant un temps extrêmement long. Singulière propriété de cet organe, qui permet, dans certains cas, au médecin légiste de déterminer le sexe d'un enfant complètement putréfié d'ailleurs.

En résumant tout ce que je viens de dire, il n'est certes pas difficile de voir combien les altérations que nous étudions sont différentes, selon les conditions dans lesquelles sont placés les enfants.

Il sera donc toujours facile de distinguer un enfant qui aura séjourné dans l'utérus après sa mort, d'un autre enfant qui, mort pendant le travail, aura été immergé aussitôt après l'accouchement. Les altérations du premier cas sont spéciales et caractéristiques. Dans le second, elles offrent de l'analogie avec celles qu'on retrouve chez les adultes placés dans des conditions analogues, en empruntant toutefois quelque chose de spécial à l'âge des cadavres sur lesquels on les observe.

CHAPITRE IV.

Des altérations que subit le cordon ombilical dans diverses conditions.

J'ai négligé à dessein jusqu'ici de m'occuper des altérations du cordon ombilical chez les enfants qui se sont putréfiés dans divers milieux. Cette partie de la question est, en effet, assez importante pour nécessiter un chapitre à part.

Les phénomènes dont le cordon ombilical est le siége dans des conditions diverses, sont des plus intéressants à étudier.

Chez les enfants qui continuent à vivre pendant quelques jours après leur naissance, le cordon se flétrit d'abord, se dessèche ensuite, et tombe en dernier lieu.

La flétrissure, qui est le premier degré ou le prélude de la dessiccation, a lieu du premier au deuxième jour.

La dessiccation commence le plus ordinairement le premier ou le deuxième jour, quelquefois plus tard, selon que les cordons sont mous et gras par surabondance de la gélatine de Warthon, ou minces et grêles, c'est à dire contenant peu de cette substance albumineuse. Les premiers se dessèchent plus tard que les seconds.

Ce n'est pas toujours au sommet du cordon que la dessiccation commence; parfois, elle se manifeste d'abord au niveau de la ligature, tandis que la partie du cordon qui la dépasse reste encore molle pendant quelque temps. Le cordon se rétrécit et se raccourcit en même temps; il s'opère en lui une véritable constriction de la circonférence au centre, d'où résultent la compression et l'aplatissement des vaisseaux, qui deviennent bientôt tortueux, en participant eux-mêmes à la dessiccation. Ils se trouvent alors solidement compris dans l'épaisseur de la lymphe desséchée, qui s'oppose à ce qu'ils se

rétractent davantage, et ne consistent plus qu'en de petits filaments noirâtres et plus opaques que le corps à demi transparent au milieu duquel ils serpentent.

Peu à peu, la dessiccation fait des progrès; elle s'avance vers l'ombilic, et s'arrête enfin au niveau du bourrelet cutané, duquel le cordon se détache bientôt.

Pour les uns, cette dessiccation ne peut s'opérer que pendant la vie; pour les autres, pendant la vie et après la mort. Ces derniers reconnaissent des caractères propres à chacun de ces cas.

D'après Billard, l'*état vrillé* du cordon serait caractéristique de la dessiccation pendant la vie.

Pour lui encore, dans la dessiccation après la mort, le cordon serait grisâtre et le calibre des vaisseaux n'aurait pas totalement diminué.

Denis ([1]) trouve un signe de dessication pendant la vie dans l'accumulation, à la tête du cordon, d'un fluide muqueux sécrété par l'anneau cutané temporaire, résultat inévitable du travail qui précède la chute du cordon.

Billard n'accorde ce caractère qu'au cordon qu'il nomme *gras,* et assure que la dessiccation n'en offre aucune trace pendant la vie sur les cordons maigres.

Des recherches des Drs Vittadini et Trezzi ([2]) résulte, pour ces auteurs, la certitude que les caractères des cordons desséchés pendant la vie ou après la mort sont identiques. Aussi combattent-ils l'opinion de ceux qui ont prétendu que la dessiccation du cordon ombilical est un phénomène physiologique qui se lie aux phénomènes de la vie, sous la dépendance de laquelle il paraît être.

Les deux Observations suivantes sont citées par les auteurs italiens à l'appui de ce qu'ils avancent :

([1]) Denis; *Traité d'accouchements*. Leyde, 1733.
([2]) *Annali universali di Medicina*, 5 décembre 1840; Pavie.

OBSERVATION XXII.

Le 8 août 1834, une femme plusieurs fois mère accoucha, après un travail laborieux, et cinq jours après l'écoulement des eaux, d'un enfant robuste (présentation du siége). Quoiqu'on eût senti, pendant le travail, les battements du cordon, l'enfant était asphyxié et ne put être rappelé à la vie. L'autopsie fut différée jusqu'au 14 août; l'enfant était frais encore. Le cordon ombilical attira surtout l'attention. Il était sec, applati, légèrement contourné *(leggermente contorto)* et brun. Les vaisseaux étaient obstrués et filiformes, noirâtres. A la base du cordon, la peau était ridée et plissée. *Il n'y avait aucune différence* entre ce cordon et ceux des enfants examinés dans ce moment même dans les salles de la Clinique obstétricale de Pavie. La température avait été depuis la naissance de + 20° et 23° R. L'hygromètre marquait 53° et le baromètre 27,9. Le lieu où avait séjourné le cadavre était humide et bas.

OBSERVATION XXIII.

Le 1er octobre 1834, une primipare accoucha, après un travail pénible, d'un enfant assez développé, dont le cordon avait été longtemps comprimé par la tête, enclavée dans le détroit. L'enfant vint au monde asphyxié; il ne put être ramené à la vie. Le cadavre fut déposé dans le lieu déjà indiqué. Après trente heures, le cordon fut complètement desséché avec tous les caractères de la dessiccation vitale. La température moyenne était de + 14° R. Le 9 octobre, la putréfaction du cadavre était très avancée; le cordon était sec, et son extrémité ressemblait à celle du cordon d'un enfant né récemment.

J'ai voulu contrôler le dire de ces divers auteurs, et, à cet effet, j'ai examiné, dans le cours de l'année 1866, un très grand nombre de cordons placés dans des conditions différentes. Je suis arrivé ainsi aux conclusions que je vais indiquer :

A. *Portions de cordons séparées du fœtus et du placenta, et abandonnées à l'air.* — J'ai sectionné des portions de cordons ombilicaux; je les ai abandonnées à l'air, et j'ai vu que dans ces conditions, ils se dessèchent, comme l'a dit Billard dans son Mémoire sur la chute de cet organe (1).

Si ces portions de cordon sont étalées sur une planche ou une plaque de marbre, elles s'aplatissent, et, au bout de quatre ou cinq jours, elles offrent l'aspect d'une lame de parchemin très sèche, parcourue par des lignes noires, derniers vestiges des vaisseaux. Si, au contraire, on a soin de les suspendre, elles restent cylindriques, diminuent beaucoup de volume, mais ne présentent jamais l'aspect vrillé que Billard a reconnu avec raison être caractéristique des cordons desséchés sur des enfants vivants. Elles restent, en outre, jaunâtres et ne prennent jamais cette coloration noire qu'ont tous les cordons au moment de leur chute.

Jusqu'ici nous n'avons signalé que de faibles différences, et les auteurs qui ont écrit que la dessiccation opérée après la mort n'a aucun caractère qui la distingue de la dessiccation opérée pendant la vie, semblent être fondés dans leurs conclusions. Mais nous allons voir combien cette proposition, établie d'une façon aussi générale, est erronée.

B. *Cordons adhérents à des enfants morts pendant le travail ou à des placentas, et abandonnés à l'air.* — Dans ces conditions, les phénomènes sont tout autres. Au lieu de se dessécher, les cordons subissent des altérations spéciales. Ils prennent une teinte de plus en plus grisâtre et en même temps ils diminuent de volume; leur mollesse devient extrême; ils ne se flétrissent ni ne se dessèchent. Ils restent toujours très adhérents par leur insertion; ils n'ont aucune tendance à se détacher au bout d'un temps relativement très

(1) *Archives générales de Médecine,* t. XII, p. 370, 1826.

long (j'en ai conservé pendant plus de deux mois), et enfin leur diminution de volume et leur atrophie semblent tenir à ce qu'ils laissent transsuder un liquide épais, sirupeux, gluant, qui les entoure et qui se répand même sur la partie du corps qui les supporte. Toute trace de torsion disparaît bientôt, et la détermination de l'époque depuis laquelle ils sont ainsi abandonnés, très difficile à faire d'une manière exacte, s'obtient en se fondant sur leur plus ou moins grande mollesse, sur leur plus ou moins grande atrophie, sur leur coloration plus ou moins foncée.

Les altérations sont absolument les mêmes sur les portions fœtales ou placentaires des cordons.

Établissons tout d'abord, par conséquent, que contrairement à l'opinion de Vittadini, la dessiccation du cordon est un phénomène physiologique et qui se lie aux phénomènes de la vie sous la dépendance de laquelle il paraît être.

C. *Altérations des cordons abandonnés dans l'eau.* — Ici les altérations sont les mêmes, soit qu'on examine des portions de cordons séparées, ou adhérentes aux fœtus ou aux placentas. Dans ces conditions, en effet, il se produit une véritable imbibition de ces organes. Le cordon double et triple même de volume. Il conserve sa coloration d'un blanc nacré et son aspect tordu. Les vaisseaux se dégorgent et ne sont plus dessinés comme ils le sont à l'état normal par des lignes brunes. Des mouchetures pratiquées sur ces cordons laissent écouler une partie de l'eau qui les imbibe. Si on les abandonne à l'air, ils reprennent bientôt leur volume primitif et se putréfient alors beaucoup plus vite. Cette putréfaction ne se produit au contraire jamais tant qu'ils restent dans l'eau ; et j'ai pu en conserver ainsi pendant près de deux mois sans qu'il aient perdu leur coloration parfaitement blanche.

D. *Altérations du cordon ombilical chez les enfants qui*

séjournent dans la cavité utérine après leur mort. — Comme dans le cas précédent, le cordon subit ici une véritable imbibition; il existe cependant tout d'abord cette différence importante, que cette imbibition est sanguinolente.

En reprenant une à une nos premières Observations, et en examinant la marche des altérations que subit cet organe, nous voyons, que vers le second jour, il offre sur toute son étendue une légère teinte ardoisée; que bientôt cette teinte devient plus foncée, et qu'en même temps la portion la plus rapprochée de l'ombilic augmente de volume. Notons cependant cette circonstance singulière et que j'ai rencontrée, ainsi qu'il a été dit plus haut, dans toutes les autopsies que j'ai pu faire, à savoir que la portion qui touche immédiatement à l'ombilic et dans une étendue d'un centimètre, est au contraire extrêmement rétrécie. La portion qui lui fait immédiatement suite, est la première à augmenter de volume, et à subir cette imbibition sanguinolente dont j'ai parlé au début. Bientôt ces deux altérations se généralisent dans toute la longueur du cordon. Cet organe devient alors cylindrique et d'un rouge plus ou moins foncé, et toute trace de torsion disparaît au fur et à mesure qu'il augmente de volume, et qu'il s'imbibe d'une grande quantité de sérosité sanguinolente.

Le cordon garde toujours son aspect lisse, mais il n'est pas gluant comme les cordons des fœtus qui ont macéré dans l'eau. Il est toujours très adhérent, quelle qu'ait été la durée du temps pendant lequel le fœtus a séjourné dans le sein de sa mère, et enfin il est extrêmement dur. Ses vaisseaux restent toujours largement perméables, et le plus souvent ils contiennent du sang coagulé.

De ces examens et de ces recherches on peut donc conclure :

1° Que le cordon ombilical subit des altérations très différentes, selon les conditions dans lesquelles il est placé ;

2° Que ces altérations sont assez distinctes les unes des autres, pour que le médecin légiste puisse par elles arriver à reconnaître, d'une manière certaine, dans laquelle des subdivisions que j'ai établies doit être rangé un cordon ombilical qui lui sera présenté;

3° Que ces altérations peuvent encore, dans de certaines limites, aider à la détermination de l'époque de la mort du fœtus.

Me voici arrivé au terme de ma tâche. Le difficile travail que j'ai entrepris était peut-être au dessus de mes forces, et j'aurais dû, sans doute, méditer davantage ce sage conseil du poète :

.... Versate diu quid ferre recusent,
Quid valeant humeri.

Cependant, je me rassure, en songeant que dans un sujet si peu étudié jusqu'ici, il est du devoir de chacun de faire connaître le résultat de ses propres observations. « Les mono-» graphies sont d'ailleurs, a dit l'illustre Lallemand, comme » les défrichements partiels d'un terrain immense et aride » que l'on met successivement en culture; elles fécondent » peu à peu le vaste domaine de la médecine; elles en faci-» litent l'étude. »

(Extrait des *Bulletins de la Société Médico-Chirurgicale des hôpitaux de Bordeaux.*)

TABLE DES MATIÈRES.